WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

DWUMIESIĘCZNIK MARZEC — KWIECIEŃ

ROK II 1930 NUMER 2

Dr. KAZIMIERZ CZYŻEWSKI

Z oddz. chirurg. Szpitala Powszechnego we Lwowie
Prymarjusz: Prof. Dr. Ostrowski

ZNIECZULENIE MIEJSCOWE PRZY LAPAROTOMJACH

(Referat z pol. Gaz. Lek. Nr. 49. 1929).

Oddział Prof. *Ostrowskiego* używa od szeregu lat znieczulenia miejscowego przy laparotomjach. Dążąc do sposobów znieczulania możliwie prostych i szybko dających się przeprowadzić, używamy znieczulenia linji cięcia *w powłokach* z nastrzykaniem *krezki* po otwarciu brzucha. W tem znieczuleniu dokonujemy zasadniczo zabiegów na żołądku, drogach żółciowych i kiszce grubej. Stosujemy je, gdy tylko wydaje się to możliwe, przy niedrożności jelit i przy obrażeniach urazowych jamy brzusznej.

Zestawienie z uśpieniem. Zapalenia płuc i oskrzeli, które stanowią najcięższy argument przeciw narkozie, zdarzają się także bez jej użycia jako skutek: zatorów płucnych, — unieruchomiania przepony przez chorych dla zmniejszenia bólu, — wysokiego stanu przepony wskutek wzdęcia po laparotomji. Mimo wszystko godzimy się dziś, że powikłania ze strony płuc są po narkozie i częstsze i w przebiegu swym cięższe niż po znieczuleniach miejscowych.

Najważniejszem jest, że wpływ uśpienia rozciąga się na wszystkie komórki organizmu i to na szereg godzin. Znieczulenie miejscowe jest tylko drobnym dodatkiem do zabiegu operacyjnego; wpływa bezpośrednio na bardzo ograniczoną ilość komórek organizmu chorego; odpowiada więc najbardziej zasadzie: *„primum non nocere“*.

W szeregu laparotomij trudno jest jednak obejść się bez uśpienia ogólnego:

1) nieuniknione jest ono u drobnej ilości szczególnie wrażliwych osobników;

2) wymagają uśpienia świeże przebicia narządów wewnętrznych do wolnej jamy otrzewnowej, szczególnie przebicie wrzodu żołądka.

3) w uśpieniu wykonujemy appendektomję. Zabieg na zimno trwa zbyt krótko, by znieczulanie się opłacało. Na gorąco nie ryzykujemy nastrzykania krezki;

4) uśpienie wydaje się najkorzystniejsze dla zapaleń otrzewnej rozlanych i ograniczonych.

Zestawienie ze znieczuleniem rdzeniowem: Znieczulenie rdzeniowe posiada bardzo duże zalety techniczne: wykonanie trwa krótko, znieczulenie występuje szybko i utrzymuje się dostatecznie długo; wywołuje porażenie jelit na krótki czas, co zabieg w jamie otrzewnowej ogromnie ułatwia. Używaliśmy go w długiej serji z górą 1500 przypadków w latach 1925 i 26. Doświadczenie nasze pokrywa się z zestawieniami innych zakładów na niekorzyść tej metody, zwłaszcza przy znieczuleniach w wyższych odcinkach. Jest ona przy dzisiejszej technice czasem niemiła w skutkach, powodując uporczywe kilkudniowe bóle głowy i wymioty; zdarzają się przypadki nawet śmiertelne i porażenia czasem długotrwałe. Najlepsze wyniki mieliśmy jeszcze po użyciu mieszanki 2% *Novocainy* z chlorkiem potasu w ilości 4 cm^3 na dawkę, poleconej przez *Hilarowicza.*

Obecnie stosujemy znieczulenie rdzeniowe przy operacjach w miednicy małej, szczególnie ginekologicznych, i przy niektórych niedrożnościach jelit:

1) przy dobrym stanie u osobników młodych, a to dla uzyskania porażenia jelit w ciągu zabiegu;

2) przy niedrożnościach wskutek zrostów rozległych, gdzie zabieg krwawy bywa tylko zapobiegawczym chwilowo. Znieczulenie rdzeniowe może tu usunąć objawy niedrożności przez porażenie jelit i wyrównanie różnych zagięć i zaciśnięć na kiszkach; w krótkim czasie po zastrzyku może nastąpić obfite wypróżnienie. Innych metod znieczulenia, w szczególności znieczulania nerwów trzewiowych, nie używamy.

Zastosowanie znieczulenia miejscowego. Przygotowanie stanowi zastrzyk podskórny 0,02 morfiny na pół godziny przed operacją. Znieczulamy linję cięcia w powłokach 1% *Novocainą* z dodatkiem adrenaliny. Wprawdzie rozciąganie hakami rany w powłokach bywa dla chorych przykre, przekonaliśmy się jednak, że hak ustawiony w pewnem położeniu i trzymany o ile możności nieruchomo przestaje dokuczać choremu.

Do zabiegu *na żołądku* znieczulamy linję środkową od wyrostka mieczykowego do pępka. Po otwarciu jamy brzusznej wstrzykujemy po 5 cm^3 w 4 punkty, po 2 na każdej krzywiźnie daleko od siebie. W ten sposób pociąganie za sieć małą staje się mniej bolesne, jak również miejsce przecięcia tętnic w razie ewentualnego wycięcia żołądka. Po uniesieniu poprzecznicy,

wstrzykujemy około 5 cm^3 w jej krezkę. Bolesne pozostaje unoszenie poprzecznicy i najwyższej pętli jelita cienkiego przy zespalaniu jej z żołądkiem. Momenty te dają się zupełnie uniknąć przy wycięciu żołądka sposobem *Rydygiera*, który do znieczulenia miejscowego szczególnie się nadaje.

Drogi żółciowe odsłaniamy cięciem skośnem wzdłuż prawego łuku żebrowego. Wprowadzając igłę znieczulającą dostatecznie głęboko, raz pod przednią, potem pod tylną pochewkę mięśnia prostego, można znieczulić linję cięcia bardzo dokładnie. Po otwarciu jamy otrzewnowej i uniesieniu brzegu wątroby wstrzykujemy w okolicę przewodu woreczka w miejscu, gdzie przebiega jego tętnica 5 cm^3; potem dokoła woreczka podsurowicowo 10—15 cm^3, wreszcie w razie potrzeby odsłonięcia przewodu wspólnego — 5 cm^3 *Novocainy* do więzadła wątrobowo-dwunastniczego. W ten sposób oddziela się woreczek łatwiej od łożyska, które mniej krwawi. Bolesne jest odciąganie łuku żebrowego i unoszenie wątroby, czego żadne znieczulenie miejscowe znieść nie zdoła. W znieczuleniu takiem (z dodaniem powtórnych zastrzyków w czasie trwania zabiegu) wyjmowaliśmy u 66-letniego mężczyzny 3 kamienie zaklinowane w przewodzie wspólnym; zabieg trwał 2 godziny; przebieg operacji był zupełnie spokojny, a wynik dobry bez jakichkolwiek powikłań płucnych.

Zabiegi na drogach żółciowych są według naszej statystyki przykładem przemawiającym na korzyść znieczulenia miejscowego. W miarę coraz szerszego stosowania tegoż, % śmiertelności z 9 i 12% w latach 1926 i 27 spadł na 7% w 1928 r.

Kiszka gruba. Przy użyciu znieczulenia miejscowego stosujemy cięcie, któreby najmniej wymagało pociągania krezki operowanego odcinka i jak najmniej sprowadzało operatora w styczność z jelitem cienkiem. Są to cięcia wzdłuż linji białej bocznej dla kiszki wstępującej i zstępującej; skośne wzdłuż łuków żebrowych dla obu krzywizn i środkowe powyżej pępka dla poprzecznicy. Po otwarciu brzucha nastrzykujemy 10-ciu — 20-tu cm^3 krezkę kiszki i *załamek otrzewnej ściennej* w partjach bocznych brzucha. W ten sposób dadzą się wykonać zupełnie dobrze zespolenia wyłączające poszczególne odcinki i wycięcia kiszki, nie mówiąc już o zakładaniu sztucznego odbytu. Zawsze pozostaje bolesnem wydobywanie kiszki przed nastrzykaniem krezki. Ból ten da się znacznie ograniczyć przez założenie długiego cięcia i należyte obłożenie kompresami okolicy.

Laparotomje po urazach tępych jak i ranach drążących mają często przebieg zupełnie nieprzewidziany. Najodpowiedniejszem znieczuleniem jest uśpienie, zwłaszcza, gdy świeże przebicia narządów wewnętrznych zakwalifikowaliśmy z góry do narkozy. Natomiast u osobników skrwawionych silnie z urazami w górnych partjach brzucha, — gdzie przypuszczalnie nie zajdzie potrzeba przeszukiwania jelita cienkiego (urazy wątroby, żołądka, śledziony) da się zastosować znieczulenie miejscowe powłok, zwłaszcza wobec zmniejszonej wrażliwości silnie skrwawionego chorego.

Laparotomje przy niedrożnościach jelita. Znieczulenie miejscowe stosujemy zasadniczo przy niedrożnościach w zakresie kiszki grubej. Natomiast niedrożności jelita cienkiego wymagają narkozy względnie znieczulenia rdzeniowego, jak to wyżej opisaliśmy. Znieczulenie miejscowe powłok da się zastosować przy kilkudniowych niedrożnościach jelita cienkiego w przypadkach ciężkich z wyraźnemi objawami zatrucia (sterkoremji). Jest to wtedy znieczulenie możliwie najlżejsze dla chorego, a wystarcza dzięki bardzo obniżonej wrażliwości.

Dla przykładu przytoczę następujący wypadek: Mężczyzna 30-letni. Od tygodnia objawy niedrożności jelita cienkiego, od 3 dni wzmogły się wybitnie. Silne wzdęcia brzucha, wymioty kałowe, suchy język, tętno 120 na minutę. Rokowanie stawialiśmy złe. Po znieczuleniu powłok w linji środkowej otwarto jamę brzuszną i rozpoczęto przeglądanie jelita od kiszki ślepej. W odległości około 40 cm znaleziono bliznowate zwężenie jako skutek po uwięźnięciu tej pętli w przepuklinie, którą operowano przed kilkunastu miesiącami. Zwężenie wyłączono. Chory zachowywał się podczas zabiegu zupełnie apatycznie; na drugi dzień ustały wymioty, dalszy przebieg był zupełnie dobry.

Wątpię czy operacja w narkozie lub znieczuleniu rdzeniowem mogłaby mieć w tym wypadku tak dobry wynik.

Dr. R. SCHNITZER, Frankfurt nad Menem

ISTOTA I WARTOŚĆ PRZECIWBŁONICZYCH SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH

Wyciąg z „Beiträge zur Immuntherapie“ 1929)

Powolny lecz stały wzrost ilości zachorowań na błonicę oraz coraz znaczniejszy odsetek przypadków ciężkich skłoniły niemieckie władze sanitarne do zalecania powszechnego przeprowadzania ochronnych szczepień przeciwbłoniczych. Szczepienia te mogą okazać swe działanie ochronne, jako środek zwalczający epidemje, jedynie wówczas, jeżeli przeprowadza się je u możliwie jaknajwiększej ilości ludzi, a zwłaszcza u tych, którzy są na zarażenie najbardziej narażeni. Okoliczność ta nakłada na lekarza w zakresie jego pracy zawodowej specjalne obowiązki, którym może on sprostać jedynie wówczas, gdy jest dostatecznie obznajmiony z naukowemi podstawami przeciwbłoniczych szczepień ochronnych. Niestety, lekarze mają przeważnie bardzo małe przeświadczenie o wartości przeciwbłoniczych szczepień ochronnych i to nawet ci, do których należy obowiązek przeprowadzania tych szczepień. Dzieje się tak, prawdopodobnie, dlatego, że doświadczenia *Behringa* są dziełem już stosunkowo dawnych czasów,

a wielki zebrany ostatnio w Ameryce materjał nie jest bynajmniej powszechnie dostępny.

Podstawa postępowania ochronnego polega na stwierdzonym przez *Behringa i Roux* fakcie, że istotnym czynnikiem patogenetycznym zakażenia błoniczego jest jad wydzielany przez prątki *Löfflera*. Jad ten, otrzymany nawet w sztucznej hodowli, jest w stanie nietylko wywołać obraz choroby zatrucia błoniczego, lecz również doprowadzić do wytwarzania się antytoksyny warunkującej odporność. Wprowadzanie małych, stopniowo zwiększanych dawek jadu błoniczego służy, jak wiadomo, już oddawna do otrzymywania zawierającej antytoksynę surowicy leczniczej, pobieranej u uodpornionych w ten sposób koni. Surowicę tę stosuje się przeważnie do leczenia już istniejącego zakażenia błoniczego. Można ją jednak i należy, oczywiście, stosować w jaknajszerszym zakresie również jako surowicę ochronną dla zabezpieczenia osobników narażonych na zakażenie się ze względu na bezpośrednią styczność z chorymi.

Seligmann obserwował 7.952 rodziny, u których zastosowano zapobiegawczo surowicę, przyczem częstość zakażenia wynosiła u nich 4,5%. To uodpornienie bierne przedstawia nadzwyczaj skuteczny i niezawodny sposób dla zwalczania niebezpieczeństwa rozpowszechnienia się ostro wybuchających ognisk błonicy. Na przeszkodzie jednak zastosowaniu tych szczepień na większą skalę dla ochrony zagrożonego ogółu ludności stoi ujemna strona wszystkich uodpornień biernych, polegająca na krótkim czasie trwania odporności, znikającej już po niewielu tygodniach. Dla skutecznego zwalczania błonicy w większych, gęsto zaludnionych miejscowościach, zachodzi przeto potrzeba stosowania uodporniania czynnego, zapewniającego ochronę długotrwałą, może nawet do końca życia. Szczegóły te były już znane *Behringowi*, który stworzył pierwsze teoretyczne i praktyczne podstawy uodporniania czynnego.

Szczepionka *Behringa* przedstawia mieszaninę jadu błoniczego z wiążącą i zobojętniającą jady antytoksyną surowicy uodporniającej. Skład tej odtruwającej mieszaniny uległ z biegiem czasu pewnej zmianie. *Behring* korzystał z niezupełnie zobojętnionej toksyny, która jednak okazywała się nieszkodliwą. Wychodził on z założenia, że minimalna przewaga jadu jest potrzebna dla pobudzenia wytwarzania przeciwciał. Badania doświadczalne, a później również i spostrzeżenia na ludziach wykazały jednak, że również i całkowicie zobojętniona, a nawet zobojętniona nadmiernie mieszanina toksyny z antytoksyną (T. A. Hoechst) przedstawia silną szczepionkę ochronną. Można przeto korzystać ze znacznie mniej niebezpiecznych szczepionek. Okazuje się również, że zawarta w mieszaninie ilość toksyny może być mniejsza, niż to początkowo przyjmowano. W Ameryce, gdzie zebrano dotychczas największy materjał w sprawie ochronnych szczepień przeciwbłoniczych, stosuje się obecnie $^{1}/_{30}$ część używanej dawniej ilości jadu. Teoretyczne uzasadnienie tego postępowania oparte jest na stwierdzeniu, że w ustroju odbywa się rozszczepienie zobojętnionej mieszaniny toksyny z antytoksyną i że małe, oswobodzone w nieszkodliwej ilości dawki jadu zapewniają odporność, tak że obecnie należy uważać stosowanie tej klasycznej szczepionki jako postępowanie najpewniejsze, sprawdzone praktycznie na bardzo wielkim materjale.

Szczepionki wytworzone zapomocą chemicznie zobojętnionej toksyny (anatoksyny *Ramona)* nie wykazały jeszcze dostatecznie swej wartości. Próby wytworzenia mocno ze-

spolonego związku toksyny z antytoksyną (precypitaty) nasuwają zastrzeżenia zwłaszcza wówczas, gdy jednocześnie zmniejsza się ilość szczepień.

Najważniejszą sprawą dla przeprowadzenia szczepień jest wyszukanie osobników wrażliwych na błonicę, mogących się przyczyniać do rozpowszechniania choroby. Badania statystyczne wykazały, że szczyt częstości schorzeń, a również i śmiertelności przypada u dzieci na okres pomiędzy 1 i 10 rokiem życia. Również i dzieci w wieku od lat 10 do 15 dostarczają jednak dość znacznego kontyngentu zachorzeń i przypadków śmierci. W wieku starszym częstość zapadania na błonicę i śmiertelność zmniejszają się, przyczem śmiertelność wykazuje jedynie niewielki wzrost w rzadkich przypadkach błonicy u osobników w wieku około 60 lat.

Dane te zostały całkowicie potwierdzone przez wprowadzone przez *Schicka* badanie wrażliwości na błonicę. Próba ta, tak zwany odczyn *Schicka*, polega na wprowadzeniu doskórnem bardzo rozcieńczonego jadu błoniczego i opiera się na opracowanej przez *Römera*, ucznia *Behringa*, metodzie wypróbowywania jadu błoniczego na świnkach morskich. Jeżeli wstrzykuje się jad błoniczy do skóry ludzi wrażliwych, wówczas wytwarza się w miejscu wstrzyknięcia lokalne zapalenie o swoistym wyglądzie. U dużej jednak ilości ludzi zapalenie takie nie występuje wcale, lub jedynie w postaci nieswoistej. Osobników takich należy uważać za niewrażliwych, lub bardzo słabo wrażliwych na zakażenie błonicze i nie wymagających z tego powodu dokonania szczepień ochronnych. Bardzo duże doświadczenie, zebrane zwłaszcza w Ameryce, odnośnie do odczynu *Schicka* i opierające się na wielu tysiącach spostrzeżeń, poucza, że w pierwszym roku życia jedynie bardzo mały odsetek dzieci reaguje według *Schicka*. Od końca natomiast pierwszego roku życia do roku piątego wykazuje około 60 do 75% dzieci dodatni odczyn *Schicka*, a poza tem jeszcze do 15 roku należy uważać znaczną część dzieci za wrażliwą na błonicę. Później częstość dodatniego odczynu *Schicka* zmniejsza się. Wobec tego, że brak odczynu skórnego po wstrzyknięciu toksyny zależy prawdopodobnie od obecności dostatecznej ilości przeciwciał, których natomiast brak u osób reagujących odczynem zapalnym na szczepienie *Schicka*, odczyn ten pozwala na łatwe odróżnienie osobników potrzebujących szczepień. Pytanie, czy „dodatni odczyn *Schicka*" i „wrażliwość na błonicę" są pojęciami istotnie identycznemi — musimy chwilowo pozostawić bez odpowiedzi. Tożsamości tej nie uznają kompetentni pedjatrzy, a poza tem również i *Friedberger* na podstawie badań doświadczalnych nie uważa tej sprawy za całkowicie rozstrzygniętej. Z nowych amerykańskich statystyk *Senftnera i Jungebluta wynika*, że w każdym razie dzieci z dodatnim odczynem *Schicka* są zagrożone większą śmiertelnością. Można jednak uważać za dowiedzione, że częstość błonicy u dzieci z ujemnym odczynem *Schicka* jest o wiele mniejsza, a przedewszystkiem ciężkie przypadki zachorzeń na błonicę nie zdarzają się u tych dzieci prawie wcale. *(Park)*.

Dla praktyki, a zwłaszcza dla szczepień masowych, przeprowadzenie próby *Schicka* okazuje się ze względów organizacyjnych trudnem do wykonania. Za przykładem Ameryki zaniechano zupełnie dokonywania tej próby u dzieci do lat 5. Postępowanie takie jest całkowicie dopuszczalne z tego względu, że przeważającą większość tych dzieci należy uważać za wrażliwą i narażoną na zakażenie błonicze. U dzieci starszych i u osób dorosłych — wchodzi tu w rachubę przedewszystkiem personel obsługujący na stacjach błoniczych — nigdy nie należy zaniedbywać zbadania stanu odporności na

błonicę zapomocą odczynu *Schicka*. Badania powyższe dały nam poznać grupę ludności, u której należy przeprowadzić jaknajstaranniej szczepienia ochronne, a mianowicie dzieci od końca pierwszego roku życia do roku dziesiątego.

Szczepić należy 2 lub lepiej 3 razy w odstępach 8-io dniowych, przyczem gotową szczepionkę wstrzykuje się podskórnie na wyprostnej stronie ramienia. Bezpośredni wynik tego szczepienia polega na wytworzeniu antytoksycznych ciał ochronnych. Są one oznaką powstałej wskutek szczepienia odporności, zaznaczającej się już po 2—3 tygodniach i dochodzącej po upływie kilku miesięcy do pełnego rozwoju. Przejawia się ona pod postacią zamiany dodatniego odczynu *Schicka* na brak odczynu na toksynę błoniczą. Czas trwania odporności poszczepiennej wynosi według spostrzeżeń amerykańskich 6 do 7 lat, a możliwe, że utrzymuje się ona i przez całe życie. Poglądy te uważa się jednak — i to słusznie — za niedostatecznie dowiedzione, gdyż, jak już o tem wspominaliśmy, w wieku starszym wrażliwość na błonicę zmniejsza się sama przez się. Prawdopodobnie jednak szczepienie okazuje się wystarczającem, aby, szczególnie w latach największego zagrożenia, przejawiać swe działanie w sposób dostateczny. Pewną bardzo małą część szczepionych, prawdopodobnie z powodów dziedzicznie konstytucjonalnych, nie udaje się skutecznie uodpornić i to nawet przy powtarzaniu szczepień.

Przy właściwem wykonywaniu szczepień ochronnych — mamy tu na myśli przedewszystkiem dokładną aseptykę postępowania — wystąpienie jakichkolwiek objawów szkodliwych, związanych z tem czynnem uodpornieniem przeciwbłoniczem, może się zdarzyć jedynie wyjątkowo. Naogół dzieci znoszą szczepienia zupełnie bez odczynu; nawet lekkie miejscowe objawy podrażnienia lub niewielkie podwyższenia ciepłoty zdarzają się rzadko. A pomimo to niektóre koła lekarzy oraz społeczeństwo obawiają się częstokroć ujemnych stron tego tak niewinnego zabiegu. Obawa ta dotyczy przedewszystkiem możliwości uczulenia w stosunku do zawartego w szczepionce obcego białka. Można się tu zapewne liczyć z ewentualnością, że powtórnie dokonane, niezbędne wstrzyknięcie surowicy leczniczej może wywołać wstrząs anafilaktyczny. Niebezpieczeństwo to jest jednak bardzo małe. Z teoretycznego punktu widzenia istnieje, coprawda, niewielka możliwość wywołania sztucznej nadwrażliwości na białko końskie, zarówno bowiem zawarta w szczepionce, jak i stosowana dla celów leczniczych antytoksyna pochodzi od koni; praktycznie jednak można nad tem zastrzeżeniem przejść bez obawy do porządku dziennego. Zupełnie nieuzasadnioną i dlatego tem dziwniejszą wydaje się obawa, że ewent. potrzebne w przyszłości zastosowanie surowicy pozostanie z powodu uprzednio dokonanego szczepienia bez skutku. Dla uznania takiego poglądu niema absolutnie żadnych danych. Podobnie bezpodstawnem jest przypuszczenie, że szczepienie wytwarza większą skłonność do błonicy. Przypadki zachorzeń na błonicę

wkrótce po zaszczepieniu mogą się, oczywiście, zdarzać, gdyż w tym okresie odporność nie zdążyła się jeszcze wytworzyć.

Posiadamy już dość znaczną ilość prac donoszących o wynikach czynnego uodporniania przeciw błonicy zapomocą połączenia toksyny z antytoksyną. Badania dzieci uodpornionych jeszcze w 1913 — 14 roku przez *Behringa* wykazały znaczne zmniejszenie się u nich zachorzeń na błonicę. Największy materjał, przy którym również i kolosalna liczba jednakowo traktowanych dzieci pozwala na najlepsze przeprowadzenie porównań, pochodzi z Ameryki, gdzie przeciwbłonicze szczepienia ochronne metodą *Behringa* (przeważnie z niedostatecznie zobojętnioną mieszaniną) przeprowadza się już od wielu lat. Otrzymane z tego materjału liczby przemawiają w sposób najbardziej przekonywujący. Pragnąc tu przytoczyć choć poszczególne przykłady, wspomnimy, opierając się na pracy *Parka*, o wynikach szczepień dokonanych u 180,000 dzieci szkolnych w Nowym-Yorku. Z pośród 90,000 dzieci z ujemnym odczynem *Schicka*, względnie szczepionych, zachorowało na błonicę 14 dzieci, z których 5 przypada na 57,000 dzieci z ujemnym odczynem *Schicka*, a pozostałe 9 na dzieci szczepione. Z pośród 90,000 nieszczepionych dzieci szkolnych, pomiędzy któremi z pewnością dość znaczna część również miała ujemny odczyn *Schicka* i z tego powodu była mało narażona na zakażenie, stwierdzono 4 razy większą ilość przypadków błonicy, to znaczy 56. *Senftner i Jungeblut* (1928) donoszą o pomyślnych wynikach szczepień ochronnych dokonanych w małem miasteczku Auburn w stanie New-York (35,000 mieszkańców), gdzie w lutym 1922 rozpoczęto dokonywania szczepień i w ciągu 3 lat uodporniono 85% wrażliwych na błonicę dzieci. Od r. 1922 liczba przypadków błonicy zmniejszyła się znacznie. W r. 1924 stwierdzono zaledwie 6 przypadków błonicy i z tego 3 u dzieci nieszczepionych, a w marcu tego roku zdarzył się w Auburn ostatni przypadek śmierci spowodowanej przez błonicę, który również dotyczył dziecka nieszczepionego. Śmiertelność z błonicy, która była poprzednio dość znaczna, spadła od r. 1925 do zera. Podobnie przekonywujących dowodów można przytoczyć znacznie więcej. Wynika z nich, że chociaż uodpornienie czynne nie zabezpiecza bezwzględnie przed błonicą, to zapewnia jednak względną ochronę znacznego stopnia przed tą chorobą, polegającą na wybitnem zmniejszeniu się ilości zachorzeń i przypadków śmierci. Niema żadnych podstaw, aby wątpić w ścisłość liczb podawanych przez autorów, choć, oczywiście, wobec zmiennego charakteru epidemji nie można wykluczyć znacznych nawet wahań z zupełną pewnością.

W każdym razie można uważać, że urzeczywistniły się nadzieje *Behringa*, które wypowiedział on w r. 1914: „Od nowego środka spodziewam się zmniejszenia śmiertelności z błonicy do tego stopnia, że prawdziwie grożące życiu przypadki błonicy będą należały do wielkiej rzadkości. Może dokładne przeprowadzenie przeciwbłoniczych szczepień ochronnych doprowadzi do tego, że najpóźniej za lat dwadzieścia będzie się mówiło o do-

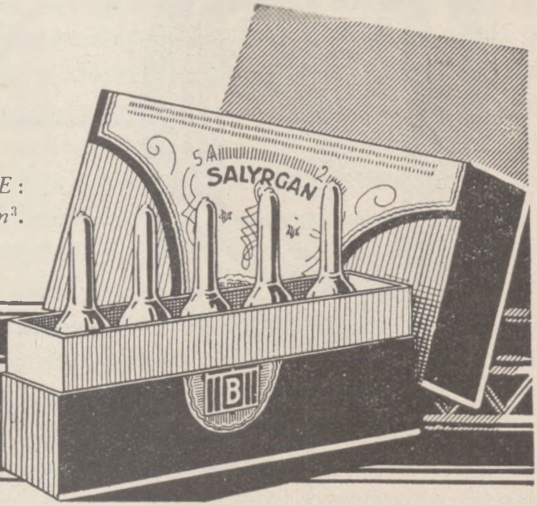
Do uregulowania zaburzonej gospodarki wodnej przy niedomodze serca, niewyrównanych wadach zastawkowych, wątrobie zastoinowej

SALYRGAN

(zespolony, zupełnie nie trujący związek rtęciowy)

Zwiększenie diurezy odciąża obieg krwi i sprawia choremu znaczną ulgę

OPAKOWANIA ORYGINALNE:
pudełka po 5 i 10 ampułek po 1 wzgl. 2 cm³.
Opakowania kliniczne: po 100 amp.



CASBIS

Nadzwyczaj ekonomiczny w użyciu

PRZETWÓR BIZMUTOWY

łączy w sobie przy wysokiej zawartości bizmutu szybkie działanie przeciwkiłowe z zupełną niejadowitością i bezbolesnością stosowania

BAYER

LUCIUS MEISTER BRUNING HOECHST

Opakowanie oryginalne:
flakony po 15 cm³.

Opakowanie kliniczne:
flakony po 100 cm.³



I. G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT

Naukowy wydział farmaceutyczny „Bayer-Meister Lucius“, Leverkusen n/R.

Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:

Dom Agent. „REMEDIA“, Warszawa, Hipoteczna Nr. 5 — skrzynka pocztowa 748

wysyła literaturę i próbki na żądanie WWPP. Lekarzy bezpłatnie

tychczasowych licznych i ciężkich przypadkach błonicy, jako o trudnej do uwierzenia legendzie."

O wynikach czynnego uodporniania ochronnego w Berlinie, osiągniętych na podstawie przeprowadzonych w ciągu roku szczepień, doniósł niedawno *Seligmann* (Deut. med. Wo. 1929, Nr. 2). Autor opiera się na danych otrzymanych z głównego berlińskiego urzędu zdrowia. Zaszczepiono 65,983 dzieci szczepionką *Behringa* TAF i 22,189 dzieci szczepionką T. A. Hoechst. Dzieci zniosły szczepienia dobrze, żadnych dłużej trwających objawów szkodliwych nie stwierdzono wcale, jedynie bardzo rzadko spostrzegano przemijające odczyny miejscowe lub ogólne. Szczepienie jednokrotne nie wystarcza. Chociaż nie można było stwierdzić złagodzenia przebiegu, to wielką zaletą szczepień okazało się zmniejszenie liczby zachorzeń. Jeżeli uwzględnić jedynie dzieci szczepione dwukrotnie (65,502), to liczba zachorzeń śród nich spadła z 7,5 — 9,6‰ (dawniej w Wielkim Berlinie) na 2,7‰. Zapadanie więc na błonicę zmniejszyło się trzykrotnie. Doświadczenie tego jednego roku pozwala w każdym razie uważać czynne szczepienie przeciwbłonicze za wielce skuteczny sposób postępowania w walce z błonicą. Szczepienia należy dokonywać dwukrotnie, lub lepiej trzykrotnie, w 2 — 3 tygodniowych odstępach czasu.

Dr. med. WOLFGANG STRAUBE, Poliklinika chorób wewnętrznych Uniwers. w Królewcu

O FARMAKOLOGICZNEM LECZENIU DNY

(Referat według Med. Klinik 1929, Nr. 31)

Chociaż współczesne poglądy nie uznają już zasadniczej różnicy pomiędzy purynową przemianą materji chorych na dnę i ludzi zdrowych, to stwierdza się jednak u chorych dnawych w porównaniu ze zdrowymi znaczne różnice w sposobie wydalania kwasu moczowego.

Za powód tych różnic uważa się takie związanie kwasu moczowego, które utrudnia przechodzenie jego do moczu *(Minkowski)*. Inni autorzy mówią o zwiększeniu powinowactwa między tkankami i kwasem moczowym (Uratohistechia, *Umber* i *Gudzent*); jeszcze inni są, w przeciwieństwie do tych poglądów, zwolennikami teorji bezpośredniego udziału nerki, której czynność wydzielnicza w stosunku do kwasu moczowego zmniejsza się lub ustaje zupełnie *(Thannhauser)*. Hipotezy te nie wystarczają jednak dla wyjaśnienia zagadnienia. Przedewszystkiem nie są one w stanie wytłómaczyć zwiększenia poziomu kwasu moczowego w moczu, występującego zwykle po typowym napadzie dny.

To co można dzisiaj powiedzieć z pewnością jest, że przy dnie stwierdza się zwolnienie wydalania kwasu moczowego i nagromadzanie się jego w tkankach. Z leczniczego przeto punktu widzenia należy dążyć do zwiększenia wydalania tego zatrzymanego w ustroju kwasu moczowego. Najbardziej odpowiedniemi okazały się w tym celu pochodne chinoliny: kwas

jednokarbonowy, a przedewszystkiem dwukarbonowy (Hexophan). Hexophan nie działa tak gwałtownie jak kwas jednokarbonowy. Żadnych objawów działania ubocznego przy jego stosowaniu nie stwierdza się. Nie należy się przedewszystkiem obawiać wydzielania się w drogach moczowych czystych kryształków kwasu moczowego. Lepsze w porównaniu z kwasem jednokarbonowym warunki rozpuszczania i wydalania zależą od salicylowego składnika Hexophanu, zwiększającego również i działanie przeciwbólowe leku.

Straube zalecał swym pacjentom, u których rozpoznawał dnę, przedewszystkiem 3 — 5-io dniową dietę bezpurynową:

Pierwsze śniadanie: mleko (ewent. z dodatkiem kawy bez kofeiny, kawy słodowej), zupy z mleka (z bułką lub białym chlebem, biszkoptami, ryżem, mąką, jajami i cukrem), zupy z kleiku owsianego, bułki, masło, galaretka owocowa i miód.

Drugie śniadanie: potrawy z jajek, owoce, ser, chleb z masłem, kiełbasa - kaszanka, kawior, jogurt, kwaśne mleko.

Obiad: zupy z kaszy (manna, kasza jęczmienna, ryż, sago), potrawy mączne (makaron krajany, makaron włoski, ryż, omlet, pasztet, kluski, budyń), jarzyny (ogórki, biała kapusta, marchew, cebula), owoce gotowane i surowe, ser, (edamski, szwajcarski, limburski, tylżycki, Roquefort, Gervais), masło, bułki.

Podwieczorek: mleko, pieczywo.

Kolacja: potrawy wybrane z 1-ego i 2-ego śniadania.

Następnie, po potwierdzeniu rozpoznania dny przez określenie zawartości kwasu moczowego we krwi i w moczu, zaleca się choremu poza leczeniem fizykalnem, przedewszystkiem przestrzegania specjalnej diety, zbliżonej w swej istocie do powyższej diety próbnej. Jako napoje wchodzą poza tem w rachubę wody zasadowe (Karlsbad, Vichy, Ems, Neuenahr i Obersalzbrunn). Przy ostrych napadach dny podaje się oprócz środków przeciwbólowych 2 tabletki Hexophanu po 1 g na $^1/_3$ butelki Fachingen. Następnie w ciągu 8 — 14 dni chorzy przyjmują w powyższy sposób 3 razy dziennie po 1 g Hexophanu, a mianowicie rano naczczo, a później po jedzeniu. Bolące miejsca naciera się 4 — 5 razy dziennie oliwą:

Rp.	Saliti puri		25,0
	Ol. chlorof.		
	Ol. hyoscyami	aa	ad 100,0

Po ukończeniu tej kuracji, trwającej najwyżej 14 dni, zarządza się 8-io dniową przerwę, a następnie powtarza się to leczenie jeszcze raz. Po upływie 3 miesięcy wskazanem jest wznowienie kuracji. Dla lepszej rozpuszczalności kwasu moczowego można również myśleć o stosowaniu litu. Wobec tego jednak, że wody naturalne zawierają zbyt mało litu, zaleca się stosowanie sztucznych wód litowych, wzmocnienie wód naturalnych przez dodanie soli litowych, oraz musującą sól Hexophan-Lithium. Przy pomocy tej musującej soli, którą autor zalecał zamiast Hexophanu, udawało mu się nawet w uporczywych przypadkach osiągnąć bardzo pomyślne wyniki. Mu-

sującą sól Hexophan-Lithium rozpuszczano w zasadowej wodzie mineralnej (Obersalzbrunn). Wieczorem chorzy poza trzema zwykłemi dziennemi dawkami Hexophanu przyjmowali jako czwartą dawkę dodatkową 2 miarki tej soli w szklance letniej wody słodzonej. Ta dawka wieczorna okazywała również pewne działanie uspokajające. Poza dietą i Hexophanem stosowano również ostrożne masaże, kąpiele solne, siarczane i z gorącego powietrza, a w odpowiednich przypadkach zastój metodą *Biera* i diatermję.

Dr. med. FERDYNAND WINKLER, Wiedeń

O LECZENIU CHORÓB SKÓRNYCH GARDANEM

(Referat według W. m. W. 1929, Nr. 25.)

Pewien 65-io letni mężczyzna otrzymywał z powodu grypy Gardan; chory ten zauważył, że poza pomyślnym wpływem leku na dolegliwości grypowe, Gardan zadziałał na istniejące oddawna uogólnione swędzenie w ten sposób, że zniknęło ono zupełnie. Sprawdzenie tego pojedyńczego przypadku na większym materjale wszelkich postaci swędzenia wykazało nadzwyczaj pomyślne działanie Gardanu pod tym względem. W przypadkach świądu sromu i odbytnicy Gardan uwalniał chorych od ich cierpień. Przy swędzących pryszczycach nie wolno, oczywiście, zaniedbać leczenia miejscowego, zawsze jednak zwracało na siebie uwagę o wiele szybsze wyleczenie pryszczycy i cofanie się starczych zmian skóry dotkniętej świądem starczym już w kilka dni po rozpoczęciu leczenia Gardanem. W przypadkach pokrzywki, przy której na podstawie spostrzeżeń *Josepha* (Jahreskurse für ärztliche Fortbildung 1926, IV.) stosowano dotychczas chininę lub Aspirynę, Gardan również okazywał swe znakomite działanie. Usuwał on szybko nawet ogólne swędzenie ciała w przypadkach nowotworów złośliwych, przebiegających częstokroć z pokrzywką. Występująca w związku z miesiączkowaniem pokrzywka nie ujawniała się, gdy podawano przed perjodem Gardan. Jednocześnie preparat usuwał dolegliwości związane z miesiączkowaniem. Przy bardzo swędzących posalvarsanowych zapaleniach skóry Gardan szybko łagodził dokuczliwe swędzenie. *Martin Mayer* (D. m. W. 1925, Nr. 31) donosi, że pod wpływem uprzedniego podania Gardanu chorzy znosili wstrzykiwania Salvarsanu o wiele lepiej. Szybkie polepszenie stwierdzano poza tem również i w przypadkach wzdęć jelitowych oraz chorób skórnych, powstałych na tle zaburzeń przewodu pokarmowego.

Winkler stosował Gardan również i w przypadkach półpaśćca i nerwobólów skórnych. Pożądane uśmierzenie bólu występowało w 15 minut po

zażyciu 2 tabletek. Na drugi dzień już mniejsze dawki okazywały się przeważnie wystarczające dla szybkiego usunięcia nawrotu bólu.

Również i przy owrzodzeniach podudzia nieznośne zwykle bóle w okolicy wrzodu znikały szybko po zażyciu tabletek Gardanu.

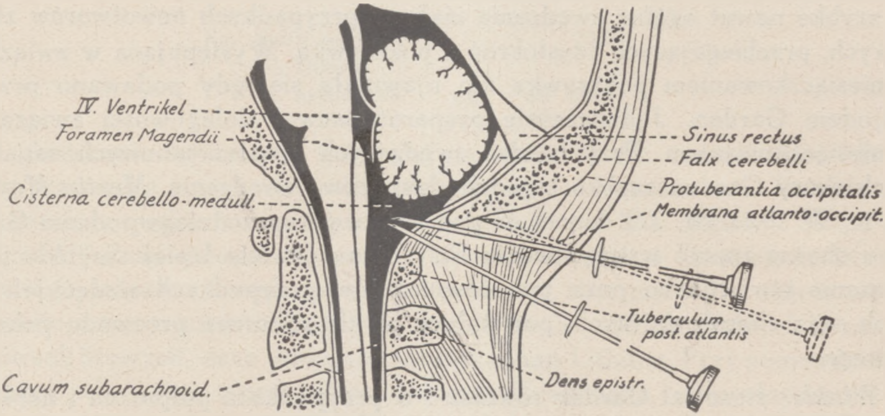
Ze spostrzeżeń *Winklera* wynika, że Gardan należy uważać za doskonały środek do leczenia dolegliwości związanych ze swędzącemi chorobami skórnemi. Jest rzeczą oczywistą, że Gardan nie działa tak znakomicie we wszystkich bez wyjątku przypadkach, jednak działanie jego, zmniejszające swędzenie i łagodzące na noc dolegliwości, można uważać za niezawodne. Objawów działania ubocznego Gardanu, a przedewszystkiem rumienia, nie spostrzegano dotychczas ani razu.

Lek. nacz. doc. dr. ALOJZY M. MEMMESHEIMER

Klinika i poliklinika chorób skórnych Uniwersytetu w Tubindze
(Montana-Verlag A. G. Zurych, Lipsk, Stuttgart 1929)

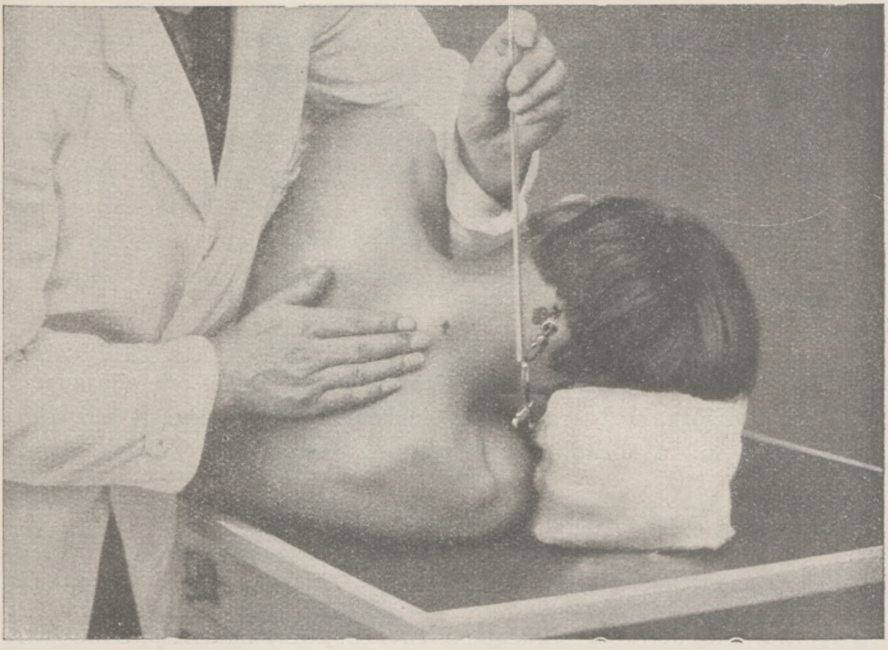
TECHNIKA I WSKAZANIA DO NAKŁUCIA PODPOTYLICZNEGO LUB NAKŁUCIA ZBIORNIKA

Nakłucie zbiornika pozyskuje w ciągu ostatnich lat coraz większe znaczenie u neurologów i syfilidologów. Niebezpieczeństwa tego zabiegu są przy właściwej technice stosunkowo bardzo małe. Pod względem techniki operacyjnej należy odróżniać dwa sposoby: po pierwsze nakłucie zbiornika bez uprzedniego zorjentowania się igłą na potylicy, t. zw. metodą *Wegefortha, Axjara, Essicka,* a następnie metodą pośrednią *Eskuchena,* przy której wprowadza się igłę do zbiornika dopiero po zorjentowaniu się na potylicy. Celem przygotowania chorego zaleca się podać mu pochodne makowca. Morfiny należy unikać, gdyż bywa przeważnie źle znoszona. Miejsce nakłucia odkażamy nalewką jodową i znieczulamy Novocain - Suprareniną lub miejscowo zamrażamy.



Kierunek igły przy metodzie bezpośredniej i pośredniej.

Nakłucie można wykonać w siedzącej lub leżącej pozycji chorego. Ostatnio wykonywa się zabieg najczęściej w pozycji leżącej, ułożenie bowiem jest pewniejsze i można lepiej głowę unieruchomić. Zapewnionem jest poza tem samoistne odpływanie płynu mózgowego. Przed dokonaniem nakłucia nachylamy głowę w pochyleniu bocznem ku przodowi, dzięki czemu membrana atlanto - occipitalis zostaje odpowiednio napięta. Guz potyliczny i wyrostek ościsty drugiego kręgu szyjnego (epistropheus) naznaczamy jodyną. Po odkażeniu miejsca nakłucia przekłuwamy igłą bez wszelkiego znieczulenia skórę i skierowujemy ją ukośnie do góry w kierunku do kości potylicznej. Płaszczyzny strzałkowej nie wolno opuszczać ani na chwilę. Następnie można zmierzyć ciśnienie, dokonać myelografji lub wprowadzenia niezbędnych leków. Uszkodzenie móżdżku jest prawie niemożliwe; poza tem zaś, nawet jego nakłucie nie ma przeważnie żadnego znaczenia. Przy skaleczeniu naczynia może grozić niebezpieczeństwo jedynie wówczas, gdy igła znajduje się już w zbiorniku; z tego względu zaleca się aby co chwilę wkładać mandryn, co umożliwia nam kontrolowanie położenia ostrza igły na podstawie wyciekania płynu przy otwartem ujściu igły. Jeżeli przypuszczamy możliwość wytworzenia się niedrożności zbiornika, wskazaną jest, oczywiście, jaknajwiększa ostrożność.



Mierzenie ciśnienia przy nakłuciu w pozycji leżącej.

Pomijając już wielkie korzyści rozpoznawcze nakłucia zbiornika, ma ono wielkie znaczenie również i dla leczenia; umożliwia bowiem zmniejszenie ciśnienia przy obrzęku mózgu, surowiczem zapaleniu opon mózgowych, wodogłowiu i guzach. Również i przy mocznicy i szeregu innych zatruć (alkoholem metylowym, etylowym i ołowiem) można drogą nakłucia zbiornika usunąć znaczne ilości jadu. Przy ropnem zapaleniu opon można z tego miejsca dokonywać przepłukiwań. Można poza tem dodać do płynu, którym się przepłukuje, Trypaflavinę, chininę lub surowicę. W przypadkach zapalenia opon można wstrzykiwać surowicę do zbiornika. Również i antytoksyna tężcowa okazuje się przy tym sposobie stosowania skuteczniejszą niż przy wstrzykiwaniu podskórnem.

W przypadkach kiły mózgu Amerykanie często stosowali wstrzykiwania mieszaniny surowicy i płynu mózgowego. Z pośród innych leków można wstrzykiwać do zbiornika Solarson, optochinę, koffeinę i lobelinę, tę ostatnią zwłaszcza przy porażeniu ośrodka oddechowego.

Nakłucie zbiornika jest już obecnie zabiegiem tak ważnym, że każdy lekarz zajmujący się chorobami nerwowemi powinien się go nauczyć i stosować. Dokładniejsze szczegóły o technice i sposobach unikania powikłań czytelnik znajdzie w wielce zasługującej na przeczytanie pracy *Memmesheimera,* obficie ilustrowanej pouczającemi rycinami, z których dwie przytaczamy w niniejszym referacie.

Dr. L. F. BUROWA, Klinika chorób pierwotniakowych Środkowoazjatyckiego Uniwersytetu Państwowego w Taszkiencie,

O STOSOWANIU YATRENU DO LECZENIA NIEŻYTÓW JELIT GRUBYCH

(Referat według Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. 1929, tom 33, Nr. 9.)

W ciągu ostatnich lat znajdujemy coraz więcej prac, omawiających pomyślne działanie Yatrenu przy leczeniu chorób kiszkowych. *Burowa* w ciągu 2 lat miała sposobność leczenia Yatrenem 24 chorych, a mianowicie:

8 z czerwonką pełzakową,
11 z wrzodziejącem zapaleniem kiszek grubych,
5 z przewlekłem zaparciem.

Czas trwania choroby wynosił u chorych na czerwonkę amebową od 1 do 15 lat. W związku z leczeniem Yatrenem chorzy poprawiali się szybko, pełzaki znikały, stolce stawały się znowu prawidłowe. Pewna kobieta, chora już od 15 lat i wielokrotnie lecz bezskutecznie leczona emetyną, została

szybko wyleczona zapomocą Yatrenu. W ciągu półtora roku spostrzegania nawrotów nie było.

Wrzodziejące zapalenia kiszek grubych trwały od 1 do 10 lat. Rektoskopowo stwierdzano czasem głębokie owrzodzenia kiszki, a czasem duże powierzchnie pozbawione śluzówki z podminowanemi brzegami. Również i w tych przypadkach można było w ciągu 2—3 kuracyj osiągnąć wyleczenie. Nawrotów dotychczas nie spostrzegano.

W trzeciej grupie rozpoznanie wrzodziejącego zapalenia jelit można było postawić jedynie rektoskopowo. Klinicznie na pierwszy plan obrazu chorobowego wysuwało się zaparcie, przerywane czasem okresami biegunek. Do tego dołączały się bóle w okolicy esicy, uczucie ciężaru w jamie brzusznej, brak łaknienia, bóle głowy i objawy neurasteniczne. W wywiadach stwierdzano przebycie przed 2—15 laty czerwonki, której nie leczono w sposób swoisty. Obecności pierwotniaków nie stwierdzono jednak ani razu. Rektoskopowo znajdywano 1 do 5 owrzodzeń kiszki na przestrzeni 25—30 cm. Leczenie wykazało, że dolegliwości neurasteniczne i hypochondryczne zależały od zakażenia kiszkowego, po wygojeniu się bowiem owrzodzeń pod wpływem leczenia Yatrenem i emetyną wszystkie objawy chorobowe ustąpiły całkowicie.

Yatren podawano 3 razy dziennie po $^1/_2$ g lub w lawatywach po 200 cm^3 $2^0/_0$-owego roztworu. Liczba kuracyj, z których każda trwała 8—10 dni, wahała się od 1 do 3. Pomiędzy kuracjami zarządzano 8-io dniowe przerwy. Lawatywy Yatrenowe stosowano przedewszystkiem u tych pacjentów, u których stwierdzano duże owrzodzenia w najniższym odcinku kiszek. Każdy pacjent otrzymywał 20—60 g. W poszczególnych przypadkach stosowano jednocześnie Yatren i emetynę, często jednak sama emetyna okazywała się bezskuteczną i dopiero przejście do Yatrenu sprowadzało poprawę. Wyniki leczenia przedstawiamy na poniższej tablicy:

Tablica I. Leczenie Yatrenem i emetyną.

Wynik:	I grupa Czerwonka pełzakowa	Odsetek grupy I	II grupa Zapalenia kiszek grubych	III grupa Przewlekłe zaparcie	Odsetek grup II i III	Odsetek grup I, II i III
Wyleczenie . . .	5	62,50	7	4	68,75	65,50
Poprawa	3	37,50	3	1	25,00	29,25
Bez poprawy . .	—	0,00	—	—	0,00	0,00
Zgon	—	0,00	1	—	6,25	4,25
Razem . .	8	100,00	11	5	100,00	100,00

W 66,5% przypadków osiągnięto wyleczenie, a w 29,65 poprawę. 4.25% zmarło. Ten jedyny przypadek śmiertelny dotyczył chorego ze znacznem

charłactwem i otwartą gruźlicą płuc. Przy porównaniu powyższych wyników z wynikami leczenia wyłącznie emetyną (w latach 1925—1926), stwierdzamy, że leczenie emetyną dawało wyniki znacznie gorsze:

Tablica II. Leczenie emetyną.

Wynik:	Czerwonka pełzakowa	Odsetek grupy czerwonki pełzakowej	Wrzodziejące zapalenie kiszek grubych	Odsetek grupy zapalenia kiszek grubych	Odsetek wszystkich chorych
Wyleczenie	6	66,75	4	23.50	38,50
Poprawa	3	33,25	2	11,75	19,25
Bez poprawy	—	0,00	9	53,00	34,50
Zgon	—	0,00	2	11,75	7,75
Razem . .	9	100,00	17	100,00	100,00

Z tablic powyższych wynika, że rezultaty leczenia owrzodzeń kiszkowych emetyną są o wiele gorsze. Wyleczenie i poprawę stwierdzono w 57,75% przypadków, brak poprawy i zgon w 42,25%. Szczególnie rzucała się w oczy różnica między wynikami leczenia Yatrenem i emetyną w przypadkach przewlekłych wrzodziejących nieżytów jelit grubych. Emetyna dała wynik pomyślny w 35,25% przypadków, a niepomyślny w 64,75%, podczas gdy przy leczeniu Yatrenem i emetyną 93,75% dobrych wyników można przeciwstawić zaledwie 6,25% wyników złych. Wynik leczniczy jednoczesnego stosowania obu tych środków nie mógł w żaden sposób zależeć od samej emetyny, lecz albo od samego Yatrenu, albo od leczenia połączonego. Objawów działania ubocznego nie spostrzegano przy stosowaniu Yatrenu ani razu; rzadko stwierdzano łagodne podrażnienie kiszki ślepej i nieco częściej kwaśne stolce; rozchodziło się tu jednak o objawy zupełnie niewinne. Przy leczeniu lawatywami odchodziło bardzo wiele śluzu, odbywało się to jednak bez bólu i doprowadzało do oczyszczania owrzodzeń i wyleczenia. Dla zobrazowania przebiegu leczenia przytoczymy tu kilka historyj chorób:

1). Pani K., lat 23, zachorowała w r. 1924 w Bucharze, wśród objawów biegunki: do 20 śluzowo-krwawych wypróżnień w ciągu 24 godzin z bólami i parciem. Po 2 miesiącach poprawa, następnie jednak okresy dobrego stanu (po 2—3 tygodnie) szły naprzemian z okresami uporczywego zaparcia. Od listopada 1926 r. nieprzerwana biegunka z krwią i śluzem. Leczona dotychczas bez wyniku olejkiem rycynowym i środkami zapierającemi. Stan przedmiotowy: znaczne upośledzenie odżywiania, Hb 65%, krwinki czerwone 3,500,000; serce i płuca bez zmian; wypróżnienia pięć razy dziennie, ropa czysta, ameb nie zawiera. Rektoskopja: 15—13 cm wgłąb głębokie owrzodzenia z podminowanemi brzegami, od 13 cm od odbytu zlewająca się powierzchnia owrzodzeniowa. Podczas trzymiesięcznego pobytu w klinice od grudnia 1927 roku do marca 1928 — 3 kuracje Yatreno-

we (w postaci lawatyw) i 2 kuracje emetynowe. Po pierwszej kuracji Yatrenowej stolce nie były już tak częste, poza tem bóle zmniejszyły się znacznie, po upływie 2 miesięcy stolce zupełnie prawidłowe. Po 3 miesiącach powierzchnie ran oczyściły się i zagoiły, większość owrzodzeń zabliźniła się. Na wysokości 13 cm widać jeszcze gojące się owrzodzenie. Ostatecznie całkowite wyleczenie; od 5 miesięcy nawrotów nie stwierdzono.

2. Pani M., lat 29, od 1$^{1}/_{2}$ roku biegunki nie ustające aż do chwili zapisania się na klinikę w styczniu 1928 roku. Wypróżnienia były naprzemian bądź to śluzowe, bądź płynne jak woda, z burczeniem w jelitach i bólami. Stan przedmiotowy: znaczne wychudzenie, charłactwo, Hb 62%, krwinki czerwone 3,530,000; stolce płynne zmieszane ze śluzem i ropą; obecności pierwotniaków nie stwierdzono. Rektoskopowo: przekrwienie błony śluzowej i głębokie owrzodzenia w odległości 10 i 13 cm. Chorą leczono dwukrotnie emetyną bez żadnej jednak poprawy. Po 2 kuracjach Yatrenowych prawidłowe wypróżnienia i zwiększenie się wagi o 10 kg.

3. M., wieśniak, 32 lata, w 1913 roku czerwonka, wcale wówczas nie leczona. Od tego czasu stałe zaparcie, poza tem bóle w jamie brzusznej, parcie, złe samopoczucie, bóle głowy, brak łaknienia. Stan przedmiotowy: stolce bez zmian chorobowych. Rektoskopja: w odległości 13 i 17 cm głębokie owrzodzenia. Po 3 kuracjach Yatrenowych prawidłowe stolce, brak bólów, poprawa stanu ogólnego. Przy powtórnej rektoskopji stwierdzono zupełne zagojenie się owrzodzeń.

4. D., 12-o letni uczeń. Zachorował przed 3 laty z objawami silnej biegunki z krwią w stolcach. Pod wpływem leczenia ostre objawy ustąpiły, wypróżnienia jednak pozostały zmienne; po okresach prawidłowych następowały okresy biegunek. Na wiosnę 1927 ostre pogorszenie z bólami i krwawemi stolcami, następnie znowu uspokojenie objawów z dwutygodniowemi okresami prawidłowych wypróżnień. We wrześniu 1927 stolce bardzo częste krwawo-ropne; ilość wypróżnień w ciągu 24 godzin dochodziła do 20. Stan taki trwa aż do chwili zapisania się na klinikę w styczniu 1928 r. Chory otrzymał w domu 15 wstrzyknięć emetyny, bez żadnego jednak wyniku. Długotrwałe biegunki tak wyczerpały młodego chłopca, że nie był on nawet w stanie utrzymać się na nogach. Stan przedmiotowy: wybitne charłactwo, starczy wygląd twarzy, nogi obrzękłe, znaczne osłabienie i apatja; chory nie może się nawet unieść na łóżku. Jelita grube wzdęte, część zstępująca kiszki grubej wyczuwa się jako twarde, bolesne pasmo. Pozostałe narządy bez zmian. Stolce składają się z ropy i krwi. W kale Lamblia intestinalis. Rektoskopja: na wysokości 15 cm pojedyńcze głębokie owrzodzenia, od 14 cm aż do odbytu nieprzerwana powierzchnia owrzodzona, pokryta ropą i silnie krwawiąca. Choremu zastosowano 2 kuracje z lawatyw Yatrenowych i 2 kuracje emetynowe. Poza tem owrzodzenie w odbytnicy zapendzlowano pięć razy 5%-owym rozczynem Yatrenu. Po miesiącu stolce odzyskały stan prawidłowy, zagojenie się natomiast owrzodzeń trwało dłużej. Po 3$^{1}/_{2}$ miesiącach chłopca wypisano z prawidłowemi wypróżnieniami i dobrym stanem ogólnym. Waga zwiększyła się znacznie. Powtórna rektoskopja wykazała: niektóre owrzodzenia zagojone zupełnie, niektóre zaś pokrywają się dopiero nabłonkiem. Na wysokości 12 cm kilka krwawiących nadżerek. Po upływie 2 miesięcy badanie kontrolne. Stolce pozostawały cały czas normalne. Na miejscu dużej owrzodzonej powierzchni w kiszce jedynie zabliźnione ślady; na miejscu dawnych pojedyńczych owrzodzeń blizny, poza tem jedyna maleńka nadżerka.

K. E. RUSSOW, Arensburg, Estonja

ROPNICE POANGINOWE I PRZYCZYNEK DO PODZIAŁU ANGIN

(Referat według Münch. Med. Wochenschr. 1929, Nr. 28).

Russow na podstawie swych spostrzeżeń praktycznych dzieli schematycznie anginy w sposób, różniący się dość znacznie od zwykłego podziału podręcznikowego. Przytaczamy tu w krótkości najważniejsze oznaki rozpoznawcze różnych angin:

	Gorączka:	Zaczerwienienie:	Naloty:	Błona śluzowa:	Czas trwania:
Angina płonicza 1)	Odrazu bardzo wysoka (dreszcze)	płomienne jasno-czerwone	białe na migdałkach	limfatyczne grudki chłonne wystają i dopiero później stają się „lodowate“	
Angina błonicza 2)	stosunkowo nizka, wzrasta powoli	gardło i migdałki sino-czerwone	białe, grube, na migdałkach i łukach gardzielowych	„lodowata“ z małemi obłoczkowatemi zmętnieniami, następnie grube, białe błony	
Angina lacunaris 3)	odrazu powyżej 39°	zaczerwienienie z odcieniem brunatnawym	żółto-szare jedynie na migdałkach	nigdy nie jest lśniąca lub obrzękła	2—4 dni
Angina follicularis 4)	przeważnie odrazu wysoka	szaro-różowe lub koloru brudno-brunatno-czerwonego	jedynie na migdałkach	grudki wystające, bardzo rzadko lodowate	5—6 dni
Angina Plaut-Vincenti 5)	przeważnie niewielka	niewielkie zaczerwienienie, później sinawe	brudne, szaro-żółte dosyć grube na migdałkach i łukach podniebiennych	mało zmieniona	
Angina paciorkowcowa 6)	odrazu bardzo wysoka	płomienno-czerwone (nie tak jednak lśniące jak czerwień płonicza), na 3 — 4 dzień bardzo sine; w 50 % ropień pozamigdałkowy	bardzo rzadko	„lodowaty“ obrzęk całego gardła aż do twardego podniebienia	rzadko poniżej 5 przeważnie 8—9 dni

Uwagi redakcji: Sposoby postępowania leczniczego w przypadkach tych angin, podzielonych w nieco niezwykły sposób, są następujące:

ad 1). Natychmiast surowica płonicza, Scarla-Streptoserin; przy bardzo ciężkim początku Scarlaserin. Codziennie 20 — 50 cm^3 domięśniowo lub dożylnie, lub oba sposoby jednocześnie. Po upływie 8 dni od początku leczenia wstrzyknięcie dodatkowe 10—20 cm^3 surowicy.

Osobom zagrożonym w otoczeniu chorego na płonicę zaleca się wstrzyknąć domięśniowo 10 cm^3 Scarla-Streptoserin.

ad 2). Natychmiast surowica błonicza. W zależności od ciężkości początku 3000 — 10000 jednostek domięśniowo lub dożylnie, lub oba sposoby jednocześnie.

Osobom zagrożonym w otoczeniu chorego na błonicę zaleca się natychmiast zastrzyknąć domięśniowo dawkę ochronną (około 600 jednostek) surowicy błoniczej.

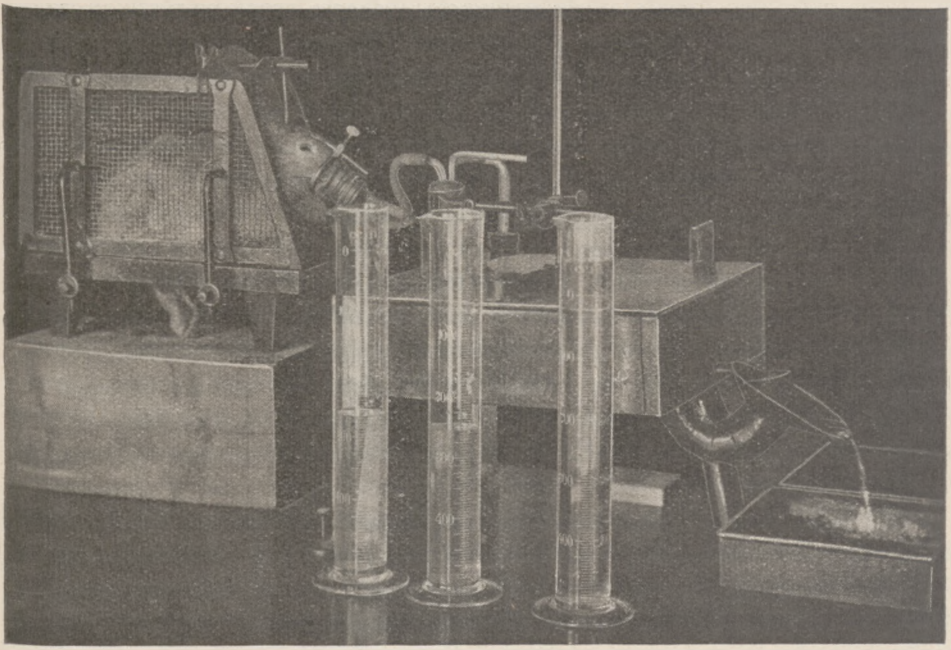
ad 3). Omnadin 2 cm^3 domięśniowo lub podskórnie. Tę samą lub podwójną dawkę można powtarzać codziennie.

ad 4). Omnadin 2 cm^3 domięśniowo lub podskórnie. Tę samą lub podwójną dawkę można powtarzać codziennie. W razie objawów septycznych natychmiast surowica paciorkowcowa, lub w razie pewnego stwierdzenia zarazków chorobotwórczych, odpowiednia surowica ochronna.

ad 5). *Russow* zaleca pendzlowanie $AgNO_3$ lub płukanie H_2O_2.

ad 6). Natychmiast Streptoserin, 25—50 cm^3 domięśniowo lub dożylnie lub oba sposoby jednocześnie. W razie objawów septycznych dawkę należy powtarzać codziennie lub ewentualnie nawet zwiększyć.

Hexeton przy ostrych i przewlekłych zaburzeniach oddychania.



Usunięcie porażenia oddechu wskutek zatrucia morfiną zapomocą Hexetonu.

Objętość oddechowa określana na podstawie ilości wypieranej wody. Pod wpływem zatrucia morfiną królik oddycha zaledwie bardzo słabo. Objętość oddechowa wynosi na $^1/_2$ minuty około 250 cm^3 (1-sze, 2-gie naczynie), po wstrzyknięciu zaś Hexetonu objętość oddechowa zwiększa się przeszło dwukrotnie (3-ie naczynie).

Radca san. dr. LICHTENSTEIN, Bonn

O KRWAWIENIACH PĘCHERZOWYCH

(Referat według Zeitschr. f. ärztl. Fortb. 1929, Nr. 16).

Krwawienia z pęcherza moczowego mogą powstawać na najrozmaitszem tle: urazy wszelkiego rodzaju, ciała obce, sprawy zapalne, choroby gruczołu krokowego, kamienie moczowe, guzy, zwłaszcza brodawczaki, sprawy wrzodziejące, schorzenia gruźlicze i t. d. Odpowiednio do tych różnorodnych przyczyn również i charakter krwawień może być bardzo odmienny. Częstokroć krwawienie jest jedynie niewielkie, czasem zaś tak obfite, że powoduje zejście śmiertelne *). Uszkodzenia pęcherza mogą być pochodzenia zewnętrznego lub wewnętrznego. Przy uszkodzeniach zewnętrznych mamy najczęściej do czynienia ze zgnieceniem, kopnięciem, uderzeniem kopytem, wstrząśnieniem, złamaniem miednicy w związku z wypadkami samochodowemi lub ranami postrzałowemi. Przy pęknięciach urazowych warunkiem uszkodzenia jest pewien stan wypełnienia pęcherza. Niewielka odporność powłok brzusznych lub brak odruchowego skurczu zwiększają skłonność do pęknięcia. Trzecia część wszystkich pęknięć pęcherza zdarza się w stanie pijaństwa. Pęknięcie występuje w miejscach, w których ciśnienie napotyka na najmniejszy opór, to znaczy w okolicy dna, lub śród - podotrzewnowo. W przypadkach tak zwanych pęknięć samoistnych mamy do czynienia z przedziurawieniami zdarzającemi się przy guzach, zapaleniach, znacznem wypełnieniu, jednocześnie ze zmianami chorobowemi pęcherza. Najważniejszym objawem pęknięcia pęcherza jest zwłaszcza „krwawy bezmocz". Przy uszkodzeniach pozaotrzewnowych stwierdza się na drugi dzień przeważnie nacieczenie moczowe w tkance przy — i okołopęcherzowej, czasem jako początek flegmony moczowej. Przy uszkodzeniach wewnątrzotrzewnowych dochodzi do wylewu moczu do wolnej jamy brzusznej i w związku z tem do zakażenia i zatrucia moczowego. Już po niewielu godzinach może zakażony mocz wywołać rozlane zapalenie otrzewnej. Na trzeci dzień stwierdza się wyraźne objawy zatrucia mocznicowego.

Przy uszkodzeniach pęcherza moczowego połączonych z krwawieniami nie należy tracić czasu na przepłukiwania pęcherza i t. d., lecz natychmiast przystąpić do operacji i założyć szew pęcherza. Po uprzedniem wstrzyknięciu kamfory (0,5 g 20‰-owego rozczynu olejku kamforowego + 0,02 g morfiny) uśpienie przebiega dobrze. Pozostawienie pęcherza otwartym

*) *Legueu* opisuje ostatnio przypadek, jaki miał miejsce na paryskiej uniwersyteckiej klinice urologicznej. Krwawienia z maleńkiego brodawczaka nie można było w żaden sposób zatamować. Przepłukiwanie okazało się niemożliwe. Nawet szybko wykonana epicystotomja nie była już w stanie uratować chorego.

i grube sączkowanie zapewniają pomyślne wyleczenie. Ciężkie złamania kości miednicy i kręgosłupa, które doprowadziły również do uszkodzenia pęcherza, należy przedewszystkiem leczyć z punktu widzenia chirurgji ogólnej. Ciężkie uszkodzenia pęcherza zdarzają się również wskutek przekłucia pęcherza ostrym przedmiotem lub przy nieumiejętnem stosowaniu przyrządu do kruszenia kamieni, następnie przy ciężkich zabiegach położniczych, gdy główka zatrzymała się przez czas dłuższy w miednicy i trzeba było zastosować wysokie kleszcze. Uszkodzenia pęcherza mogą się zdarzyć również i przy zabiegach chirurgicznych w sąsiedztwie pęcherza. Przy niewielkich uszkodzeniach pęcherza wystarczają przepłukiwania solą kuchenną i założenie na stałe cewnika. Przy epicystotomji należy zabezpieczyć Cavum Retzii zapomocą sączków i tamponady, a przy zabiegach aseptycznych przez przymocowanie do tylnej ściany odbytnicy.

Dalsze uszkodzenia mogą zostać wywołane przez umyślnie wprowadzone z zewnątrz przedmioty (szpilki do włosów, ołówki, druty, szczotki do zębów, haczyki do zapinania obuwia, świeczki). Obecność tych ciał obcych można z łatwością stwierdzić rentgenologicznie; w przypadkach świeżych można je łatwo usunąć zapomocą cystoskopu operacyjnego. W razie niepowodzenia należy wykonać sectio alta, u kobiet zaś cięcie pochwowe. Jeżeli po gwałtownie dokonanym zabiegu usunięcia płodu u kobiet dochodzi do długotrwałej, bolesnej niemożności utrzymania moczu, zaleca się ciepłe nasiadówki z rumianku i czopki:

Pantoponi	0,02
Extr. Belladonnae	0,005
Ol. Cacao	2,0

DS. 2 — 3 razy dziennie 1 czopek.

Częste dawki Extracti Belladonnae są zarówno zbyteczne jak i szkodliwe; wystarcza 5 mg. Jeżeli ciała obcego nie usunie się dostatecznie wcześnie, wówczas odkładają się dookoła niego sole wapniowe i dochodzi do wytworzenia się swoistego złogu kamiennego, który doprowadza następnie do ciężkiego nieżytu pęcherza, parcia na mocz z dużemi bólami i krwawieniem. Podobne dolegliwości powodują złogi pochodzące z miedniczek nerkowych, a zwiększające się następnie w pęcherzu. Kamienie pęcherzowe mogą nie powodować zmętnienia moczu, ani żadnych dolegliwości i dają znać o sobie i zamykają ujście pęcherza dopiero wksutek nagłego gwałtownego ruchu, np. wstrząsu przy jeździe konnej lub samochodem. Utrudnienie odpływu moczu jak np. przy stulejce, zwężeniu cewki moczowej, przeroście gruczołu krokowego ułatwia, zwłaszcza przy współistnieniu nieżytu pęcherza, powstawanie kamieni. Krwawienia są częste przy nieżytach pęcherza. Przy krwawieniach samoistnych i przy przeroście gruczołu krokowego należy zawsze myśleć o możliwości kamienia i dokonać zdjęcia rentgenowskiego lub badania cystoskopowego.

Lichtenstein spostrzegał przed 2 laty niezwykłe wytworzenie się kamienia u pewnego prawie 70-cio letniego mężczyzny w pożałowania godnym stanie ogólnym, ze stałym parciem na mocz, bólami przy oddawaniu moczu, nieżytem pęcherza i krwawieniem przy końcu oddawania moczu. W wywiadach trwający od wielu lat nieżyt pęcherza moczowego. Chory leczył się kilkakrotnie w Wildungen. Rozpoznanie lekarza domowego: przerost gruczołu krokowego i nieżyt pęcherza, odpowiadało więc istotnie stanowi faktycznemu. Choremu w znieczuleniu lędźwiowem dokonano zabiegu usunięcia gruczołu krokowego. Stan jednak pogorszył się i dopiero *Lichtenstein* zauważył przy pomocy cewnika *Merciera* opór, który bezwątpienia zależał od kamienia. Rentgenogram wykazał istotnie obecność kamienia, o postaci prawie kolistej, na dnie pęcherza, 1,5 cm nad spojeniem łonowem, średnicy 6 cm.



Kamień z pęcherza moczowego.

Po dokonaniu powtórnej operacji na przebiegu starej blizny wydobyto kamień wagi 115 g, długości 7,5 cm, wysokości 5 cm. Chemicznie: moczany i szczawiany. Wiek kamienia ocenia *Lichtenstein* conajmniej na 8—10 lat. Szybkie wyzdrowienie, zupełny brak dolegliwości. Przeoczenie tak wielkiego kamienia podczas pierwszej operacji wydaje się trudnem do zrozumienia, wykazuje jednak, jak koniecznem jest dokonanie w wypadkach wątpliwych zdjęcia rentgenowskiego.

Natężenie krwawienia przy kamieniach pęcherzowych bywa bardzo różne, rzadko jednak dochodzi do znacznego stopnia i odznacza się przedewszystkiem towarzyszącym mu silnym bólem i parciem na mocz, zwłaszcza po znacznych wysiłkach fizycznych lub wstrząśnieniach. Małe złogi można poddać kruszeniu, przy większych należy dokonać odpowiedniego zabiegu chirurgicznego. Również i rozszerzone żyły mogą być powodem krwawień pęcherzowych. U kobiet występują one szczególnie często w okresie miesiączkowania, po większych wysiłkach i silniejszem parciu. Rozpoznanie umożliwia dopiero cystoskopja. Leczenie polega na spokoju, lekkiej diecie i stosowaniu środków przeciwkrwotocznych. Częstsze są krwawienia u osobników z przerostem gruczołu krokowego, które mogą przybrać czasem bardzo groźny charakter. Występują one przeważnie zupełnie nagle,najczęściej w związku z czynnikami zewnętrznemi (przeziębienie, nieżyt pęcherza, zaparcie, nadużycie alkoholu, mocna kawa, silne parcie). Często krew odchodzi samoistnie. Jeżeli zaś krwawienie jest silniejsze, to krew przeważnie krzepnie, zanim zapomocą spokoju i rozcieńczenia moczu uda się krwawienie opanować. *Lichtenstein* zaleca lekkie znieczulenie cewki moczowej 2%-owym rozczynem Cocain-Supraremininy i stosowanie czopków z pantoponu przez odbytnicę. Przezwycięża się w ten sposób skurcz zwieracza, rozpoznawany zwykle w tych warunkach

jako zwężenie. Usiłowania wprowadzenia cewnika prowadzą często do ciężkich uszkodzeń, zakażenia, początkowo miejscowego, a później nawet ogólnego. Jeżeli krwawienie jest jednak tak silne, że nie jesteśmy w stanie opróżnić pęcherza nawet przy pomocy grubszych cewników i jeżeli stan taki utrzymuje się dłużej niż 24 godziny, należy wówczas dokonać sectio alta w znieczuleniu miejscowem. Nakłucie pęcherza zapomocą grubego trójgrańca nie jest przy silnem krwawieniu i krzepnięciu krwi zabiegiem odpowiednim. Wchodzi ono w rachubę jedynie u starych prostatyków, u których cewnikowanie przedstawia znaczne trudności, prostatektomji zaś dokonać niemożna. Silniejsze krwawienia pod koniec oddawania moczu zdarzają się nierzadko przy ostrym nieżycie pęcherza, przy którym mocz może być krwawym nawet w ciągu wielu dni. Krwawienia te nie budzą jednak żadnych obaw i przy przestrzeganiu leżenia w łóżku, lekkiej diety roślinnej z herbatą i stosowania środków odkażających mocz, ustają bardzo szybko. Jednym z najczęstszych powodów znaczniejszych krwawień pęcherzowych są nowotwory, a przedewszystkiem brodawczaki, względnie rak pęcherza. Charakterystycznemi dla tej sprawy są zawsze trzy następujące objawy: przezroczysty mocz, oddawanie moczu bez bólu, nagłe krwotoki bez uchwytnej przyczyny. Często krwawienie bywa zaledwie minimalne i można je wykazać jedynie mikroskopowo, może jednak nagle podnoszenie, wielkich ciężarów, znaczne nadużycie alkoholu i t. d.

W poszczególnych przypadkach można było jako powód krwawienia stwierdzić czynniki następujące: silne parcie podczas oddawania stolca, podnoszenie wielkich ciężarów, znaczne nadużycie alkoholu i t. d.

Brodawczaki pęcherza moczowego stwierdza się stosunkowo często u robotników pracujących w fabrykach przetworów smołowych i fabrykach barwników. Z tego względu w poliklinikach odnośnego wielkiego przemysłu dokonywuje się regularnie badań moczu. Jeżeli w osadzie stwierdza się krwinki czerwone, wówczas zaleca się badanie przez specjalistę, które wykazuje, niestety dość często, obecność dużego i przeważnie złośliwego nowotworu. Brodawczaki umiejscowiają się bardzo często w pobliżu ujścia moczowodów, nierzadko jednak również i na dnie. Do częstego parcia na mocz dochodzi dopiero wówczas, gdy ograniczenie objętości pęcherza wskutek obecności guza jest już bardzo znaczne. Brodawczaki wielkości pestki od wiśni mogą powodować nadzwyczaj obfite krwotoki, podczas gdy większe guzy krwawią czasem jedynie bardzo nieznacznie. Pod względem rokowania zapatruje się *Lichtenstein* bardzo sceptycznie. Nawet przy małych niepozornych nowotworach uznaje on wyleczenie dopiero wówczas, gdy po upływie około 14 lat nie stwierdza się jednak nawrotów. *Lichtenstein* miał sam sposobność spostrzegania kilku złośliwych brodawczaków, których nawroty zostały wyleczone od 11, 8 wzgl. 6 lat, podczas gdy przy innych nawroty występowały znowu po 12 — 14 latach.

Co się tyczy l e c z e n i a guzów należy zaniechać wycinania ich, a stosować elektrokoagulację, nowotwory bowiem usunięte zapomocą noża po otwarciu pęcherza moczowego okazują skłonność do rychłych nawrotów.

Lichtenstein spostrzegał 28-io letniego chorego tego rodzaju, u którego w $^1/_2$ roku po operacji brodawczaka cały pęcherz był prawie całkowicie wypełniony nawrotami. Chorego uważano już za straconego. *Lichtenstein* zastosował jednak na wielu posiedzeniach koagulację. Leczenie trwało kilka miesięcy i chory odzyskał wreszcie zdrowie i całkowitą zdolność do pracy.

Jako ostatni powód krwawień pęcherzowych wymienimy jeszcze gruźlicę pęcherza moczowego. Krwawienia pochodzą z chorej nerki, z zserowaciałych ognisk i wreszcie z pęcherza, gdy owrzodzenia przenikną dostatecznie głęboko. Każdy nieżyt pęcherza trwający szereg miesięcy, należy uważać jako podejrzany o gruźlicę. Bóle przy oddawaniu moczu i mocz mętny z zabarwieniem krwawem są przeważnie głównemi objawami. Wykazanie prątków i cystokopja rozstrzygają ostatecznie rozpoznanie. Chorych, u których nie można było dokonać operacji z powodu obustronnej gruźlicy nerek, *Lichtenstein* leczył z pomyślnym wynikiem wstrzykiwaniami cuprosolu w połączeniu ze szczepieniami *Ponndorfa*, naświetlaniami i kuracją powietrzną. Przeciwko krwawieniom stosowano leżenie w łóżku, środki przeciwkrwotoczne i lekką dietę. Przebicie się spraw wrzodziejących, raka odbytnicy i zapalne zmiany pęcherza moczowego również mogą doprowadzić czasem do krwawienia. Na cierpienie zasadnicze wskazuje często obrzęk pęcherzowy. Po sparzeniu pęcherza moczowego cystoskopem lub wskutek zakładania radu również może dojść do krwawienia; zwłaszcza krwotoki po oparzeniu założonym radem bywają bardzo silne, bóle zaś częstokroć udaje się uśmierzyć jedynie narkotykami. Bardzo skutecznemi okazały się w tych przypadkach, według *Lichtensteina* rozczyny $^1/_2$‰-owe Albarginy z następnemi wlewaniami 10 cm^3 4%-owego rozczynu Novocain-Suprareniny.

Dr. HAMORY, Vilmos

SPOSTRZEŻENIA KLINICZNE NAD DZIAŁANIEM OMNADINY

(Gyogyaszat, 1928, Nr. 5).

Omnadinę można stosować przy wszystkich ostrych chorobach zakaźnych, nieswoiste bowiem uodpornienie odgrywa właśnie przy ostrych chorobach zakaźnych rolę szczególnie dużą. Ochrania ono ustrój przed zarazkami chorobotwórczemi w okresie, gdy swoiste przeciwciała jeszcze nie zdążyły się wytworzyć i nie można ich jeszcze wykazać. Powstanie ich wy-

maga czasu. Najlepsze wyniki osiąga się przy wczesnem zastosowaniu leku.

Hamory badał u swoich chorych liczbę ciałek białych i jakościowy obraz krwi przed wstrzyknięciem Omnadiny oraz po upływie 12 do 24 godzin. W 30% przypadków ilość krwinek białych zwiększała się przeciętnie o 10 do 15%; w dalszych 60% stwierdzano przy badaniu jakościowem krwi przesunięcie na lewo. *Hamory* uważa, że zwiększenie się ilości ciałek białych, t. zn. pojawienie się postaci młodszych i przesunięcie na lewo, są oznaką zwiększenia się nieswoistych ciał odpornościowych, związanych głównie z ciałkami białemi.

Pomimo, że stosowanie Omnadiny przedstawia rodzaj leczenia bodźcowego, nie wywołuje ona nigdy żadnego odczynu ani ogólnego, ani miejscowego. Po wstrzykiwaniach Omnadiny nie stwierdza się nigdy dreszczów, natomiast stwierdza się stale krytyczny lub lityczny spadek gorączki i poprawę objawów podmiotowych. Oto kilka przykładów:

1). Pani W., 36 lat. Nagłe dreszcze, silne bóle w kończynach. Zapalenie spojówek, katar nosa. W płucach rozsiane świsty, furczenia i drobnobańkowe rzężenia. Częstość oddechów 30. Wargi zlekka sine. Tętno drobne, 116. Rozpoznanie: grypa. 2 cm^3 Omnadiny domięśniowo. Po 24 godzinach nagła poprawa objawów przedmiotowych i dolegliwości podmiotowych. Gorączka opada krytycznie.

2). B. M., 28-io letni mężczyzna. Nagłe dreszcze, gorączka podnosi się do $39,3^0$. Częsty kaszel, silne kłucie w prawym boku. Znaczne osłabienie. Nieżyt spojówek i nosa. Wysłuchowo nad prawym dolnym płatem płucnym oddech szorstki i rzężenia średnio- i drobno-bańkowe. Rozpoznanie: grypa. Co drugi dzień 2 cm^3 Omnadiny, ogółem 3 zastrzyki. Dolegliwości ustają już po pierwszem wstrzyknięciu; lityczny spadek gorączki.

3). H. F., 22 lata. Operacja wyrostka robaczkowego. W 4 dni po zabiegu dreszcze. Nad prawym dolnym płatem płucnym ognisko odoskrzelowego zapalenia płuc wielkości dłoni dziecka. Rozpoznanie: odoskrzelowe zapalenie płuc. Po Omnadinie krytyczny spadek ciepłoty; na drugi dzień gorączka jednak znowu się podnosi. Powtórne wstrzyknięcie Omnadiny i ostateczne ustąpienie gorączki.

4). Pani H. K., 31 lat. Poronienie jajowodowe w 7-ym tygodniu ciąży. Znaczne krwawienie. Operacja. W jamie brzusznej około 1,200 cm^3 krwi. W ciągu 14 dni po operacji wieczorami stałe wzniesienia ciepłoty, dreszcze, ciągłe wymioty, lekkie zapaści. Badanie bakterjologiczne krwi daje wynik ujemny. Po tygodniowem stałem zwiększaniu się gorączki — wreszcie gorączka o typie stałym. Dopiero wówczas udaje się w prawym dolnym, a częściowo i średnim, na drugi zaś dzień w dolnym lewym płacie płucnym stwierdzić objawy zapalenia płuc. Wobec ciągłych wymiotów chorą odżywiano lawatywami odżywczemi. Cukier gronowy dożylnie. Codziennie 2 cm^3 Omnadiny. Na siódmy dzień ciepłota opada litycznie.

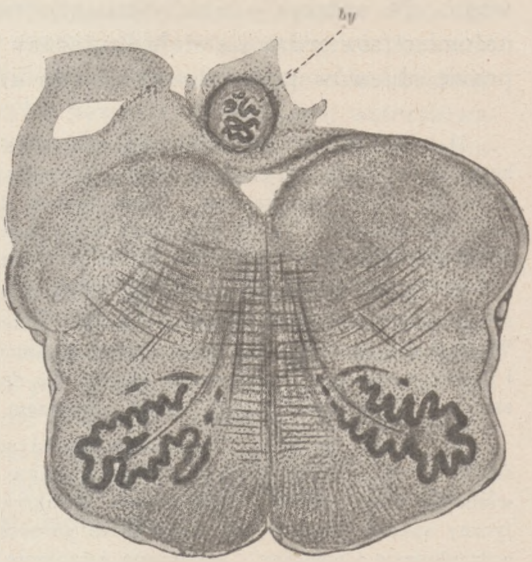
5). K. M., trzyletnia dziewczynka; choroba rozpoczyna się nagłym dreszczem i ciężkiemi objawami ze strony gardła. Rozpoznanie: angina płonicza. Po 1 cm^3 Omnadiny ciepłota opada krytycznie; stan ogólny i zmiany w gardle poprawiają się. Na czwarty dzień wieczorem wysypka płonicza. Szóstego dnia objawy ze strony gardła znowu się pogarszają, gorączka podnosi się. Po wstrzyknięciu 1 cm^3 Omnadiny gorączka znowu opada krytycznie, objawy anginowe znikają w ciągu kilku dni. Stan bezgorączkowy. Wyleczenie bez powikłań.

Dr. FRYDERYK WOHLWILL, Hamburg

PASORZYTY ZWIERZĘCE OŚRODKOWEGO UKŁADU NERWOWEGO

(Referat według Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete, 1929, zeszyt 8).

W przypadkach bąblowca mózgu i rdzenia *Schmitte* (Ann. méd. 24, str. 288) odróżnia postacie o typie nowotworowym i psychicznym. W typie nowotworowym dochodzi przeważnie do umiejscowionych napadów drgawkowych i do mocnych, trwałych i nasilających się napadowo bólów głowy. Do objawów tych dołączają się przy postaci oponowej jeszcze wymioty, zaburzenia równowagi, osłabienie pamięci i inteligencji, poza tem jeszcze porażenie nerwu odwodzącego i pozostałych nerwów przebiegających na podstawie czaszki. Przy trzeciej postaci bąblowca stwierdza się przeważnie zespół *Korsakowa* i stan przygnębienia. Cierpienie przeważnie rozwija się stopniowo, może jednak doprowadzić nawet do nagłej śmierci, zwłaszcza przy bąblowcu umiejscowionym w komorach mózgowych. Nie jest również wykluczonem i wyleczenie wskutek zamarcia lub zwapnienia pasorzyta. Rozpoznanie udaje się postawić bardzo rzadko, rozsianie się bowiem bąblowca po całym ustroju zdarza się jedynie wyjątkowo, a wykazanie obecności tasiemca nie dowodzi jeszcze bąblowcowego pochodzenia objawów mózgowych. Sposób trzymania głowy, zmienne objawy i nagła zapaść mają znaczenie jedynie dla sprawy lokalizacji zmian chorobotwórczych. Również i eozynofilja jest niestałą, odczyny zaś odpornościowe nie są tak pewne, jak przy chorobie bąblowcowej. Większe znaczenie mają dane otrzymane przy badaniu płynu mózgordzeniowego. Przedewszystkiem stwierdza się lekkie wzmożenie się ciśnienia, zwiększenie zawartości białka, dodatnie odczyny *Pandy'ego* i *Weichbrodta* przy ujemnym odczynie Wassermanna. Odczyn benzoesowy jest dodatni w pierwszych 10 — 12 próbówkach. Stwierdza się również pleocytozę. Obecność eozynochłonnych ciałek białych ma, oczywiście, szczególnie duże znaczenie rozpoznawcze.

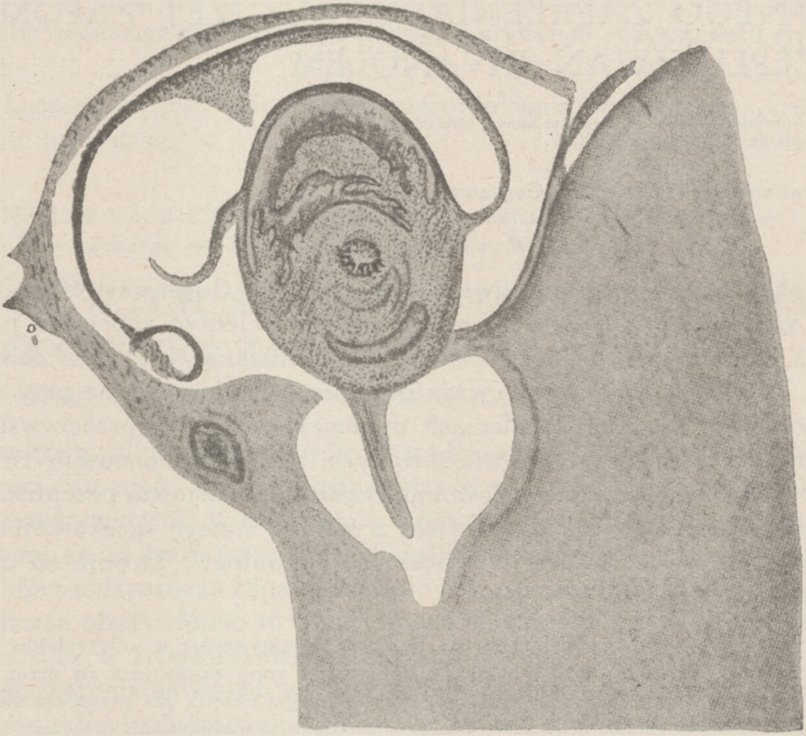


Bąblowiec na dnie IV komory
(według Mingazzini'ego)

Brak eozynofilów nie dowodzi jeszcze niczego. Rokowanie nie zawsze jest bezwzględnie niepomyślnem. Dowodzi tego np. historja choroby, przytoczona przez prof. *E. Meyera* (Zeitschr. f. Psych. und Neurol, 37 str. 195) a dotycząca pacjenta z bąblowcem mózgu, który żył jeszcze w 11 lat po trepanacji. Jedynem leczeniem jest zabieg chirurgiczny. *Mintz* (Dtsch. Ztschr. f. Chir. 209 str. 104) na 3 przypadki osiągnął w jednym trwałe wyleczenie. W innym przypadku usunął on bąblowca z trzeciej komory; poprawa była nadzwyczaj efektowna, niestety, powikłanie grypą wywołało zejście śmiertelne. W przypadkach zajęcia bąblowcowego kręgosłupa dochodzi, prawdopodobnie, nie do wytworzenia jednej dużej torbieli, lecz do rozsianego nacieczenia małemi pęcherzykami. Dévé wątpi (Ann. anat. path. méd. chir. 5, str. 841), aby bąblowiec przenikał do kręgosłupa dopiero



Cysticercus racemosus.



Bąblowiec kory mózgowej (Preparat Oppenheima: Podręcznik chorób nerwowych).

wtórnie z okołokręgowych części miękkich. Według jego poglądu pierwotnem jest zajęcie kości kręgów. Wobec tego, że w przypadkach bąblowca kręgosłupa nie mamy do czynienia z odgraniczoną torbielą, usunięcie bą-

blowca jest według *Dévégo* niemożliwe. Dla rozpoznania mógłby mieć pewne znaczenie odczyn śródskórny. *Dabowski* jednak (Ztschr. f. d. ges. exper. Med. 61, str. 716) zwraca uwagę, że w przypadkach charłactwa lub zatrucia bąblowcowego odczyn ten może wypaść ujemnie i że u 15% dzieci, zwłaszcza z dodatnim odczynem tuberkulinowym, może powstać odczyn wrzekomy.

Przy włośnicy zajęcie mózgu zdarza się bardzo rzadko i jedynie w ciężkich przypadkach. *Gamper i Gruber* (Virch. Arch., 266, str. 731) stwierdzali obrzęk, przekrwienie i nacieczenie. W doświadczeniach na zwierzętach nigdy jednak nie udawało się wywołać zmian zapalnych i wstecznych.

Dr. W. OLSHAUSEN, Oddział chorób wewnętrznych szpitala Neuenbürg (Enz.)

W SPRAWIE ZACHOWAWCZEGO LECZENIA ROPNEGO ZAPALENIA OPŁUCNEJ ZAPOMOCĄ PRZEPŁUKIWAŃ RIVANOLEM

Uwagi uzupełniające do pracy pod tym samym tytułem dr. O. DIEHLSA w Therapie der Gegenwart 1929. Nr. 7.

(Referat według Therapie der Gegenwart 1929. Nr. 9).

Diehls zwrócił niedawno uwagę (Therapie der Gegenwart 1929. Nr. 7), że ropne zapalenie opłucnej udaje się wyleczyć zapomocą przepłukiwań Rivanolem i że można w ten sposób uniknąć zabiegów chirurgicznych. Również i *Sauerbruch* uważa postępowanie chirurgiczne przy ostrych pogrypowych ropnych zapaleniach opłucnej za wprost przeciwwskazane. *Olshausen* zaleca zamiast wielokrotnych nakłuć proponowanych przez *Diehlsa* stałe sączkowanie z dowolnie często powtarzanemi przepłukiwaniami Rivanolem. Korzysta on przytem z metody stałego sączkowania, którą można zastosować również i w praktyce prywatnej. Stosuje on przytem technikę następującą:

Przy pomocy grubego trójgrańca do nakłucia dokonywa się w znieczuleniu miejscowem nakłucia, możliwie nisko z boku. Po odpłynięciu ropy wprowadza się przez trójgraniec cewnik *Nelatona*, następnie trójgraniec się wyciąga, cewnik zaś przykleja się lepkim plastrem. Chorego można wówczas położyć i dokonać przepłukiwania w pozycji leżącej; również i następnych przepłukiwań dokonywa się w pozycji leżącej. Przepłukiwań solą kuchenną należy zaniechać i przepłukiwania dokonywać wyłącznie Rivanolem. Po przepłukaniu łączy się cewnik zapomocą szklanej rureczki z dłuższą rurką gumową, którą po wypełnieniu całego przyrządu rozczynem Rivanolu skierowuje się do butelki stojącej na podłodze i napełnionej do połowy płynem odkażającym. Umożliwia się w ten sposób stały odpływ ropy. Zatkanie cewnika usuwa się zapomocą wstrzyknięcia kilku cm^3 rozczynu

Rivanolu. Jeżeli zachodzi potrzeba utrzymania cewnika dłużej niż w ciągu 8 — 10 dni, wówczas światło rany rozszerza się i można wstawić grubszy cewnik. Początkowo przepłukuje się codziennie, następnie rzadziej. Po ustaniu ropienia mała przetoka goi się i zarasta z łatwością.

Olshausenowi udało się, stosując tę metodę, którą należy uznać za dalsze rozwinięcie sączkowania sposobem *Bülaua*, uratować w sposób niewątpliwy życie chorym, dotkniętym ciężkiemi, zaniedbanemi pogrypowemi zapaleniami opłucnej ze znaczną sinicą, osłabieniem serca i obrzękami charłaczemi. Dokonanie wielokrotnych nakłuć byłoby u tych chorych bardzo trudnem i to nietyle ze względu na sam zabieg, ile ze względu na stałe, odnawiające się, uporczywe ropienia.

Streszczenie:

1. Wycięcie żebra jest w wielu przypadkach ropnego zapalenia opłucnej zabiegiem niepotrzebnym, przy ostrych zaś schorzeniach pogrypowych, nawet przeciwwskazanym. Wycięcie żebra należy zastąpić stałem sączkowaniem i przepłukiwaniami Rivanolem.

2. Zalety tego sposobu w porównaniu z wielokrotnemi nakłuciami polegają na większem oszczędzaniu chorego i szybszem oczyszczeniu się jamy ropnej.

3. Leczenie to jest łatwem do przeprowadzenia również i w warunkach praktyki prywatnej.

Dr. N. MELLER i B. ZIEMILSKI z Oddziału Wewnętrznego I. Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie. Prym. Doc. Dr. W. Czernecki

Z NOWSZYCH SPOSOBÓW LECZENIA OSTREGO GOŚĆCOWEGO ZAPALENIA STAWÓW *)

Referat według „Praktyki Lekarskiej" dodatek do Pol. Gaz. Lek. 1928 r.

Lecznictwo salicylem przetrwało dużo dziesiątek lat, jako dowód skuteczności. Nie ulega żadnej wątpliwości, że ogromnie często przypadki wyłącznie salicylem traktowane, zostały radykalnie wyleczone. Wiadomo też powszechnie, że od czasu wprowadzenia salicylu zniknęły z widowni przypadki t. zw. hiperpiretycznego zapalenia stawów, cierpienia, które dawniej pochłaniało liczne ofiary. Mimo to wciąż można spostrzegać wypadki ostrego zapalenia stawów z powikłaniem sercowem, które się zaczęło w czasie intensywnego leczenia salicylem według wszelkich prawideł. Zakażenie widocznie przez salicyl zduszone nie zostało. Ponawiają się tedy wysiłki, by znaleźć środek, któryby działał bezpośrednio na proces zakaźny, będący tłem choroby stawowej.

---

*) Obszerniejsze sprawozdanie na ten sam temat ukaże się w najbliższym czasie w Pol. Gaz. Lek.

Dużo środków i metod wypróbowano. Dużo odpadło po pierwszym entuzjaźmie, dużo się ostało. Każdy w niektórych przypadkach działa doskonale, każdy czasem zawodzi.

Wymienię je pokrótce: salicyl doustnie w dużych bardzo dawkach 20 g na dzień i więcej, salicyl dożylnie, atofan doustnie i parenteralnie, proteino-wakcyno- i auto hemoterapja. Przed jakiemkolwiek chemicznem leczeniem należy dokładnie przebadać pacjenta w kierunku utajonych ognisk zapalnych, znajdujących się najczęściej na migdałkach i na ropniach okołozębowych. Ostatnio wypróbowaliśmy na naszym oddziale środek, znany powszechnie ale jeszcze przy schorzeniach ostrych stawów nieużywany, to jest *Trypaflavinę*, poleconą przy tych sprawach przed kilku miesiącami. Wstrzykuje się co drugi dzień, w przypadkach cięższych codziennie 10 cm^3 1% roztworu wodnego. Technika dożylna musi być bez zarzutu, gdyż kropla pozażylnie złożona wystarcza do wywołania ciężkich zgorzeli. Objawów ubocznych nie spotyka się, podrażnienia nerek np. nie zauważyliśmy, mimo, że rozporządzamy statystyką przeszło 200 wstrzykiwań. Białkomocz, pochodzący z zakażenia, tak często towarzyszący następstwom ropni migdałkowych nie jest naturalnie przeciwwskazaniem. Przy leczeniu nawrotu stwierdzona stara wada zastawek jest, logicznie rzecz biorąc, wskazaniem do Trypaflaviny, gdyż lek ten wszedł do praktyki zalecany przy septycznem zapaleniu wsierdzia, gdzie odnosi bardzo skromny skutek, ale przecież czasem działa specyficznie. Sam stan chorego wyklucza leczenie ambulatoryjne. Wyniki nasze, które winny zachęcić do dalszych prób są następujące: Podaliśmy Trypaflavinę 20 chorym oddziałowym, klinicznie dokładnie przebadanym. Jako sprawdzianu stanu objektywnego użyliśmy dwóch badań krwi, mianowicie zróżniczkowania morfologicznego składu krwi metodą według Schillinga i obserwacji odczynu Biernackiego metodą według Westergrena, to jest stwierdzenia rozmiaru (w mm) opadania krwinek w ciągu jednej godziny. Obie metody dla praktyka są zupełnie dostępne, oryginalną a precyzyjną aparaturą Westergrena, która ceną mogłaby odstraszyć od tak dużo mówiącej metody, można doskonale zastąpić rurką Sahli'ego, służącą do badania ilości hemoglobiny. Obraz morfologiczny czyli hemogram przy ostrem zapaleniu stawów wskazuje na lekki stan zapalny: lekka leukocytoza, silna neutrofilja, wśród neutrofilów znaczne przesunięcie na lewo, eozynofile zachowane, po wyleczeniu ilość ogólna leukocytów i przesunięcie wracają do normy, a w miejscu neutrofilji zjawia się silna limfocytoza.

Wśród naszych 20 chorych było 7, u których wynik 8—10 wstrzykiwań był połowiczny, bóle i obrzęki częściowo znikły, zostały jednak stany podgorączkowe i stan subjektywny niedobry; tutaj wielokrotne badanie laryngologiczne wykazało wreszcie ropienie migdałkowe; po usunięciu migdałków chorzy zupełnie wyzdrowieli. Przypadki te jaskrawo oświetlają konieczność jaknajtroskliwszej „sanacji" jamy ustnej.

Pozostałych 13 przypadków dzielimy na trzy grupy. Czterej chorzy

leczyli się przed przybyciem do szpitala bezskutecznie przez kilka tygodni, tu nasze leczenie trwało około 10 dni, a 4—6 wstrzykiwań wystarczało do uzyskania wyleczenia klinicznego. Dalszych 5 chorych zgłosiło się do nas zaraz na początku choroby. Kilka stawów było zajętych, bez tendencji do rozprzestrzeniania się. Czas leczenia był krótki; po najwyżej trzech wstrzykiwaniach wypisaliśmy chorych do domu, bez bólów i temperatury. Wreszcie u 4 chorych przyjętych też na początku choroby, sprawa przechodziła ze stawu na staw, prawie żadnego z wielkich nie oszczędzając. Potrzebowaliśmy tu dłuższego czasu (14—16 dni) aż do wyleczenia, gdyż po pierwszych wstrzykiwaniach objawy chorobowe znikały z jednego stawu aby się nanowo pojawić w innym. Rezultaty nasze są dobre, gdy liczymy 100% wyleczeń, na małym wprawdzie materjale. Nie sądzimy, że wszystkie późniejsze badania kontrolne wykażą na większym materjale ten sam wynik, w każdym razie można uważać nasz środek za skuteczny.

Dr. WEYERL, Wiedeń

SILISTREN I HERBATKA Z KWASU KRZEMOWEGO

Dla porównania skuteczności syntetycznych preparatów kwasu krzemowego (Silistren) i roślinnych naparów, zawierających krzem, należy sobie przedewszystkiem uświadomić zawartość SiO_2 w różnych zawierających krzem roślinach. Z przeglądu odnośnego piśmiennictwa wynika, że rośliny, z których się korzysta dla przygotowania naparów krzemowych (Equisetum, Polygonus i t. d.) zawierają bardzo różne ilości kwasu krzemowego w zależności od ich pochodzenia i pory roku. Im gleba jest bardziej piaszczysta, tem większą jest zawartość SiO_2 (patrz również *Kühn* „Kwas krzemowy", 1926, Enke, Stuttgart). Sucha substancja pnia i korzenia Equisetum arvense może zawierać do 80% SiO_2. Również i duża liczba innych roślin obfituje w kwas krzemowy. Zawartość jednak kwasu krzemowego różnych roślin nie stoi bynajmniej w żadnym bezpośrednim stosunku z wartością leczniczą tych roślin. Z leczniczego punktu widzenia wchodzą, oczywiście, w rachubę tylko te ilości, które ulegają wchłonięciu, te zaś okazują się u różnych rodzajów roślin bardzo różne, w zależności od postaci, w jakiej kwas krzemowy występuje w danej roślinie i od stopnia jego rozpuszczalności. Wyniki badań nad rozpuszczalnością roślinnego SiO_2 są dość różnorodne. Z Herba galeopsidis przechodzi do odwaru 0,288 względnie 0,89%₀₁ z Herba equiseti minoris 1,815 wzgl. 0,732%₀₁ podczas gdy z Herba polygoniae przezur Klinik der Tuberkulose 1908) znajdywał przeciętnie w Equisetum 0,98% SiO_2.

Jeżeli uznać jako wartość 1% *) i przyjąć, że chory wypije w ciągu dnia 3 filiżanki herbatki, z których każda zawiera około 5 g substancji suchej (= 0,05 g), wówczas chory zażyłby przez dzień 0,15 g SiO_2.

Przy stosowaniu zaś Silistrenu w dawkach 3 razy dziennie po 15—30 kropel, czyli w przybliżeniu 3 razy po 1 cm^3 (0,18 g), chory otrzymywałby na dobę 0,54 g SiO_2, czyli około 3 do 4 razy więcej SiO_2 niż chory pijący herbatkę. Nie dowodzi to jednak bynajmniej, że cała wymieniona ilość zostaje wchłoniętą. Wykazanie wchłaniania kwasu krzemowego natrafia na znaczne trudności, już choćby z tego względu, że nawet w warunkach prawidłowych ilość wydalanego SiO_2 bywa bardzo różna. Według *Schultza* (Pflügers Archiv 144) i *Salkowskiego* (Zeitschrift für physiol. Chemie 1913, 83) dobowa ilość SiO_2, wydzielana w moczu, wynosi przeciętnie, w granicach jednak znacznych wahań, około 0,1 g. U pewnej chorej, która w ciągu 4 miesięcy piła herbatki krzemowe, dobowa ilość SiO_2 w moczu wynosiła 0,18 g. Wynikałoby z tego, że wchłonięciu uległo około 40% przyjętego krzemu. Dane z piśmiennictwa dotyczące wchłaniania są bardzo niezgodne. *Neuberg* podaje w swej książce „Der Harn", część I, 1911, że w moczu występują jedynie ślady SiO_2, podczas gdy *Kühn* („Die Kieselsaüre", 1926) znalazł w moczu pewnej pacjentki, która piła herbatki krzemowe 0,7 g.!!! Według *Zuckmayer'a* (Therapie der Gegenwart, 1921) wchłanianie kwasu krzemowego z naparów podlega znacznym wahaniom od 6 do 40%. Silistren wyróżnia się stosunkowo dużą zdolnością wchłaniania. W doświadczeniach na psach wchłanianie wynosiło około 30—40%. Według *Loewe'go* (Klinische Wo. 1922, Nr. 6) zdolność wchłaniania się dobrych przetworów kwasu krzemowego, do których zalicza on również i Silistren, jest o wiele większa. *Zuckmayer* podaje dla dobrych przetworów kwasu krzemowego 52—70%. Nawet gdyby pomiędzy zdolnością wchłaniania się krzemu z naparów roślinnych i z Silistrenu nie było żadnej różnicy, to jednak równe części wagowe Silistrenu i herbatki krzemowej nie okazywałyby bynajmniej jednakowego działania, bardzo różna bowiem wielkość cząsteczek koloidalnych odmian SiO_2 wpływa w bardzo znacznym stopniu na wynik ostateczny.

Według *Loewe'go* Silistren należy do najlepszych gelów kwasu krzemowego o najsubtelniejszej dyspersji, podczas gdy roślinne kwasy krzemowe zawierają przeważnie cząsteczki o wiele grubsze. Powierzchnia Silistrenu jest przeto o wiele większa i może on dzięki temu okazywać działanie o wiele silniejsze.

---

*) Według *Robert'a* (W sprawie zawierających kwas krzemowy środków leczniczych, Rostock, 1918) z roślin zawierających kwas krzemowy przechodzi do naparu zaledwie 0,05% SiO_2 w postaci rozpuszczalnej. Wobec tego, że liczba ta prawdopodobnie odpowiada w wielu przypadkach rzeczywistości, należy uznać, że przy stosowaniu Silistrenu wchłania się 6—8 krotnie większą ilość SiO_2 niż przy korzystaniu z naparów roślin krzemowych.

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Pzyczynek do leczenia gruźlicy Triphalem.

Triphal wywiera na pewne przypadki gruźlicy działanie bardzo pomyślne. Uprzednie określenie, jakie poszczególne przypadki nadają się do leczenia Triphalem, nie zawsze da się z całą pewnością przeprowadzić. Nie należy go stosować przy postaciach wysiękowych gruźlicy, następnie przy gruźlicy płucnej powikłanej chorobami nerek, wątroby i kiszek. Szczególnie pomyślnie działa Triphal w przypadkach gruźlicy krtani. Poprawa stanu podmiotowego i wzrost wagi pod wpływem leczenia Triphalem zasługują w każdym razie na uwagę.

Dr. Adela Guerra,
Clin. privata A. M. Lazatto, Ferrara.
(Giorn. di clin. med. 1928, rocznik 9, zeszyt 9).

W sprawie preparatu bizmutowego Casbis*)

Casbis, związek bizmutowy, wyróżnia się swą zupełną niejadowitością. Wstrzykiwania Casbisu nie powodują nigdy żadnego bólu ani nacieczeń; rąbek bizmutowy (nawet przy zaniedbanym stanie uzębienia) i zaburzenia jelitowe zdarzają się wyjątkowo rzadko. Mocz pozostaje zawsze prawidłowym. Szczególnie cenną jest szybkość działania Casbisu. Jako przykład niezwykłej skuteczności i szybkości działania tego leku, pozwolimy sobie przytoczyć tu w krótkości poniższą historję choroby:

Sprawa dotyczy 45-cio letniej kobiety, cierpiącej na kamicę żółciową. Ciężki napad trwający 5 dni. Jedynie morfina jest w stanie uśmierzyć bóle. Jako powikłanie odoskrzelowe zapalenie płuc. Chora leków podawanych do wewnątrz nie znosi. Stałe wymioty. Zapalenie płuc kończy się pomyślnie, dolegliwości żołądkowe natomiast zwiększają się coraz bardziej. Bardzo częste wymioty żółciowe. Chora wymiotuje wszystkie pokarmy i wszelkie lekarstwa. W ciągu 8 tygodni chora traci na wadze 22,5 kg. Odczyn Wassermanna wybitnie dodatni. Rozpoznanie: Lues visceralis. W związku z tem leczenie Casbisem i jodem. Początkowo 0,5 cm^3, następnie 1 cm^3 co 3 dni. Już po 3 wstrzyknięciach dolegliwości żołądkowe ustępują. Łaknienie się poprawia, wymioty coraz rzadziej i to, prawdopodobnie, jedynie z powodu jodku potasu. Chora poprawia się, w ciągu 3 tygodni przybywa jej 7,5 kg. Ogółem dokonano 15 wstrzyknięć. Odczyn Wassermanna jeszcze słabo dodatni. Żadnych bólów podczas wstrzykiwań nie stwierdzano, jedynie na początku kuracji występowało zaraz po zastrzyku uczucie lekkiego ucisku w żołądku, trwające kilka minut.

Przypadek powyższy jest przekonywującym przykładem szybkości działania i doskonałej tolerancji Casbisu. Również i w całym szeregu innych przypadków, dotyczących różnych okresów kiły, działanie Casbisu okazało się całkowicie zadowalniającem.

Dr. Hermann Adler.
Bistrita, Rumunja.
(Viata medicala 1929, Nr. 2).

*) Ze względu na niską cenę Casbisu — flakon zawierający 15 cm^3 kosztuje zaledwie 7 zł.., — leczenie tym preparatem jest niezwykle tanie.

Przypadek zgorzeli płuc wyleczony Neosalvarsanem.

Chory Fr. Ł. urzędnik, doznał przed 7-iu laty urazu pod obojczykiem lewym.

Do lata b. r. bez poważniejszych objawów; od czasu do czasu jedynie bóle w okolicy wyżej wymienionej. Latem 1929 wystąpiły powoli objawy zgorzeli płuc i stopniowe podwyższenie temperatury, ból po stronie urazu, wydech o zapachu zgorzelinowym, o charakterystycznej wydzielinie. Rentgen: ognisko pod obojczykiem lewym wielkości 2-złotówki—wreszcie obrzęk i zaczerwienienie skóry tamże; stan komplikuje się częstemi wymiotami przyczyny nerwowej. Balsamica bez efektu — operacji pacjent nie chce się poddać.

Po wstrzyknięciu Neosalvarsanu Hoechst 0,3 silny dreszcz trwający około 15 m. o następowem opadnięciu temperatury, — ilość białka w moczu b. duża (zabite bakterje?), poprzednio albumen—. Subjektywnie i objektywnie polepszenie, temperatura z 39° na 38°; po tygodniu Neosalvarsan 0,45 bez wyraźnego efektu. Temperatura oraz inne objawy zgorzelinowe zaczynają cofać się, dosięgając czasami temperatury normalnej. Po 5-ciu tygodniach ponowne pogorszenie stanu. Neosalvarsan trzeci raz 0,45. Chory na zastrzyk reaguje b. wysoką temperaturą: 40°, trwającą około 12 m. Następnie zupełne opadnięcie temperatury, zniknięcie wszelkich objawów chorobowych, powolny powrót do zdrowia.

Dr. K. Taffet,
Czernelica.

O stosowaniu Panflaviny w pastylkach przy zapaleniach i uszkodzeniach błony śluzowej jamy ustnej.

Czynną częścią składową pastylek Panflaviny jest Trypaflavina, barwnik akrydynowy (chlorek 3,6 dwuamino — 10 — metyloakrydyny). Jest to bezwonny, brunatno-czerwony proszek, rozpuszczalny w wodzie, glicerynie i alkoholu. Rozczyny wodne 1 : 1000 są koloru żółtego, rozczyny bardziej stężone przyjmują zabarwienie ciemno-czerwone. Liczne badania *(W. Baumgarten, Ernst Fränkel, W. Furstemann, Kolle, F. Neufeld i O. Schiemann, Ritz, Schlossberger* i inni) wykazały, że Trypaflavina nawet w bardzo znacznem rozcieńczeniu zabija zarazki chorobotwórcze. Ważną zaletą Trypaflaviny jest fakt, że działanie bakterjobójcze dawek leczniczych nie okazuje żadnego wpływu szkodliwego na tkanki i że surowica nie zmniejsza jej skuteczności. Dzięki swemu powinowactwu do tkanek Trypaflavina przenika do uchyłków błony śluzowej i do ran.

Doskonałe właściwości tego środka odkażającego tłómaczą rozległe jego stosowanie w przypadkach zakażeń jamy ustnej. Przy zapaleniu dziąseł i błony śluzowej jamy ustnej stosuje się pendzlowania o stężeniu 1 : 100 lub 1 : 1000. Przy leczeniu ran gaza trypaflavinowa lub tampony z 5%-ową posypką trypaflavinową oddają nieocenione usługi.

Bardzo wygodnym sposobem stosowania Trypaflaviny są pastylki Panflaviny, umożliwiające zadziałanie leku wprost na chorą śluzówkę jamy ustnej i gardzielowej i na rany w ustach.

Każda tabletka Panflaviny zawiera 0,003 g Trypaflaviny z dodatkiem kakao dla przyjemniejszego smaku. Zawartość Trypaflaviny odpowiada rozczynowi 1 : 3333, gdyż według *Spiessa* (z Frankfurtu) dla rozpuszczenia jednej pastylki (należy ją przeżuwać, a nie rozgryźć) potrzeba około 8—10 cm³ śliny. Otrzymany w ten sposób roztwór Trypaflaviny w ślinie wystarcza dla zahamowania rozwoju licznych drobnoustrojów znajdujących się zawsze w jamie ustnej. *Burkard i Dorn* dowiedli, że rozczyn Trypaflaviny 1 : 50000 względnie 1 : 100000 hamuje rozwój paciorkowców i prątków błonicy.

Dzięki swym własnościom odkażającym, pastylki oddają nieocenione usługi w tych wszystkich przypadkach, w których chory powinien często płukać jamę ustną, a ze względów zawodowych nie może lub nie chce tego wykonać, jak np. po wyrwaniu zęba, przy zapaleniu dziąseł, zapaleniu śluzówki jamy ustnej lub owrzodzeniu odleżynowem. Co godzinę należy zażywać 1 — 2 pastylek Panflaviny, a płucze się usta jedynie rano, w południe i wieczorem. Pastylki należy zalecać zawsze, gdy zachodzi konieczność usunięcia zęba przy jednoczesnem istnieniu zapalenia gardzielowego pierścienia chłonnego, gdyż w ten sposób nie dopu-

szczamy do przejścia zapalenia na zębodół.

Tolerancja pastylek jest znakomita. Dolegliwości żołądkowo - kiszkowych nawet przy zażywaniu Panflaviny w większej ilości, od 12 do 20 sztuk na dobę, nie spostrzegano dotychczas ani razu.

Dr. K. F. Hoffmann,
Monachjum.
(Zahnärztl. Berichte 1929, Nr. 1.).

Błonica septyczna.

Canon uważa błonicę septyczną nie za ciężkie zatrucie prątkami błonicy, lecz za zakażenie mieszane błoniczo-paciorkowcowe. Podawanie więc do 100,000 jednostek samej surowicy przeciwbłoniczej nie ma żadnego celu.

W przypadkach błonicy septycznej należy oprócz surowicy błoniczej podawać surowicę paciorkowcową. Najlepiej, oczywiście, wytworzyć możliwie świeżą szczepionkę z hodowli pochodzących od samego chorego albo od innych chorych. Wobec tego, że wytworzenie takiej szczepionki trwa zawsze zbyt długo, należałoby przygotowywać taką surowicę dla powszechnego użytku.

Radca sanitarny Canon,
Berlin—Schöneberg.
(Deutsche Med. Wo., 1927, Nr. 28.).

Przypadek późnej krzywicy.

Sprawa dotyczy 21-o letniego studenta, cierpiącego od pierwszego roku życia na pryszczycę. Chory skarżył się na trwające od dwóch lat silne bóle w kończynach, zaburzenia w chodzeniu i zaburzenia psychiczne. Rozpoznanie: późna krzywica. Po 3 tygodniowem codziennem podawaniu Vigantolu nastąpiło zupełne wyleczenie. Po upływie 4 miesięcy od rozpoczęcia leczenia ustąpiła również i pryszczyca.

Prof. Hansen i Dr. Goette,
Heidelberg, Związek lekarzy i przyrodników. 15. I. 1929.
(D. m. W. 1929, Nr. 10.).

O związkach podobnych do insuliny, otrzymanych z prątków okrężnicy i bakterji wąglika.

Związki podobne do insuliny znajdują się nietylko w świecie zwierzęcym i roślinnym (zwane u roślin glukokininami), lecz, jak się okazuje, mogą je wytwarzać również i bakterje. *Breüer* stwierdził, że przesącze hodowli niektórych, nie wszystkich jednak, prątków okrężnicy działają obniżająco na poziom cukru we krwi. Prątek wąglika, mogący w swem wnętrzu wytwarzać i rozkładać glikogen, zawiera cztery razy więcej glukokininy, niż prątki okrężnicy. Wyniki badań klinicznych tej pochodzącej od drobnoustrojów insuliny będą przedmiotem następnego doniesienia.

Breüer,
Sofja — Heidelberg.
(Münch. med. Wo., 1929, Nr. 18.).

W sprawie znaczenia usunięcia migdałków przy chorobach poza jamą ustną.

Według dotychczasowych spostrzeżeń, w wielu przypadkach (do 80%) stwierdza się związek pomiędzy różnemi gorączkowemi schorzeniami ustroju i chorobami migdałków podniebiennych. W każdym jednak poszczególnym przypadku współzależność między zajęciem migdałków i cierpieniem ogólnem można uznawać z pewną jedynie dozą prawdopodobieństwa, gdyż mogą tu współdziałać również i ogniska zakaźne w zębach, zatokach nosowych i t. d. Leczenie takich przypadków powinno polegać na radykalnem usunięciu chorych migdałków t. zn. na tonsillektomji. U nosicieli prątków błoniczych tonsillektomja zawsze usuwa zarazki z całą pewnością. Bardzo duże znaczenie ma tonsillektomja przy przewlekłych stanach gorączkowych niewyraźnego pochodzenia. Również i przy septycznych schorzeniach układu naczyniowego (zapalenie wsierdzia) udaje się w wielu przypadkach osiągnąć wyleczenie. Z pośród chorób gośćcowych najlepsze wyniki otrzymuje się przy ostrym gośćcu stawowym, lekkich bólach stawowych i przy pląsawicy. W przypadkach przewlekłego gośćca stawowego, wyleczonych zapomocą tonsillektomji, rozchodzi się, prawdopodobnie, o wtórne przewlekłe zapalne zmiany stawowe. Usunięcie migdałków może się okazać korzystnem również i przy zapaleniach nerwów. Przy zapaleniach nerek wyniki są takie same jak przy chorobach

gośćcowych: ostre przypadki lepiej reagują na tonsillektomję niż przewlekłe. Dobre wyniki daje usunięcie migdałków przy zapaleniu gruczołów szyjnych. Uporczywe przypadki zaburzeń sercowych i naczyniowych reagują czasem nadzwyczaj pomyślnie na usunięcie migdałków podniebiennych. Niektórzy autorzy uważają, że tonsillektomja jest najlepszym środkiem zapobiegawczym przeciwko płonicy, błonicy i odrze.

Dr. Wassil Iw. Batschwaroff,
Ferdinand, Bułgarja.
Rozprawa, Monachjum 1929.

O leczeniu raka aktywowaną (naświetlaną) fluoresceiną.

Od stycznia 1928 do lipca 1929 r. leczono w szpitalu Royal Northern 70 chorych ze złośliwemi (przeważnie nie nadającemi się do operacji) nowotworami naświetlaną fluoresceiną. Wyniki uwidocznia poniższa tablica:

Przypuszczalnie wyleczone .	8	(11,5%)
Znaczna poprawa	20	(28,6%)
Za wczesne dla zaopinjowania	7	(10 %)
Bez zmian	8	(11,5%)
Bez poprawy	2	(2,8%)
Leczenie przerwano . . .	12	(17 %)
Zejście śmiertelne	7	(10 %)
Stosowanie zapobiegawcze .	6	(8,6%)

Również inne kliniki oraz lekarze-praktycy donoszą o pomyślnych wynikach otrzymywanych przy pomocy fluoresceiny. Tak np. *Wight i Cutter* (Sydney) podają, że dożylne wstrzykiwania 10 cm^3 1%-owej fluoresceiny „K“ w rozczynie NaCl dokonane przed naświetlaniami (co 14 dni) znacznie poprawiły u pewnego chorego dotkniętego rakiem przełyku, możność łykania. Również i w przypadku mięsaka osiągnięto wyraźną poprawę. Na podstawie dotychczasowych wyników można dojść do następujących wniosków:

1. Najlepszych wyników można się spodziewać u chorych nie leczonych uprzednio Rentgenem ani radem.

2. Im większe i szybsze jest rozmnażanie się komórek nowotworowych tem prędzej ujawnia się wynik.

3. Przy podawaniu fluoresceiny do wewnątrz, w przypadkach raka piersi, znikają częstokroć bardzo szybko powiększone gruczoły pachwowe.

4. Podskórne wstrzykiwanie fluoresceiny do nawrotów w ranie operacyjnej, połączone z następowemi naświetlaniami, powodują częstokroć szybki zanik tych wtórnych guzów.

Dr. Copeman, dr. Coke
i dr. Gouldesbrough,
Londyn.
(Brit. med. Jl., 1929, Nr. 3579.).

Choroby dróg moczowych i ich leczenie.

Według zdania *Caspera* objawy uboczne rzeżączki, jak zapalenie przyjądrza i gruczołu krokowego i t. d. zdarzają się tem częściej, im bardziej czynny jest sposób leczenia choroby w jej początku. Z tego względu *Casper* radzi zaniechać leczenia poronnego i dokonywania wszelkich zabiegów mechanicznych tak długo, dopóki utrzymuje się znaczniejszy wyciek. Dopiero po uspokojeniu się objawów stosuje on 0,1—0,25%-owy rozczyn Protargolu lub 0,05 — 0,1%-owy rozczyn $AgNO_3$, lub przepłukuje zapomocą 1%-owego rozczynu Thalliny (p — metoxytetrahydrochinolina) lub rozczynu nadmanganianu potasu w stężeniu 1:20000 — 1:10000.

Prof. L. Casper,
Berlin.
(Ztschr. f. ärztl. Fortbildung 1928, Nr. 6.).

W sprawie leczenia padaczki.

Najlepsze wyniki leczenia padaczki zawdzięczamy dotychczas terapji luminalowej. Przy długotrwającem stosowaniu Luminalu (względnie Luminaletek) należy regularnie kontrolować mocz i zwracać uwagę na stan przewodu pokarmowego. Jako środki pomocnicze przy leczeniu padaczki Luminalem nadają się najlepiej Antipyrina, kofeina, chinina, Adonis vernalis względnie Extr. Valerianae lub Belladonnae. Luminal okazał się szczególnie cennym zwłaszcza dla epileptyków przyjmujących udział w życiu publicznem, prawidłowe bowiem jego stosowanie usuwa napady niemal z całą pewnością. *Friedländer* jest zdania, że długoletnie stosowanie Luminalu może nawet zupełnie wyleczyć padaczkę.

Autor zaleca następujące dawkowanie:

od 1 do 2 roku życia		0,005 — 0,01 g
od 2 do 4 "	"	0,01 — 0,04 g
od 4 do 6 "	"	0,04 — 0,06 g
od 6 do 8 "	"	0,06 — 0,08 g
od 8 do 10 "	"	0,08 — 0,1 g

Dorosłym podaje się na początku leczenia 0,3 g; dla długoletniego stałego leczenia najlepiej nadają się Luminaletki.

Prof. dr. A. Friedländer, Fryburg w Bawarji.
(Psych. Neurol. Wo. 1928. Nr. 32).

O leczeniu pryszczycy Vigantolem.

W przypadku pryszczycy moknącej u pewnego dziecka, obejmującej całe ciało i nawet owłosioną część głowy, wypróbowano początkowo leczenie 5%-ową maścią lenigallową, a następnie zwrócono się do Vigantolu. Zastosowano Vigantol z tego względu, że podnosi on poziom wapnia we krwi, a wapń daje się przecież zwykle dla leczenia pryszczycy. Wynik tego sposobu leczenia okazał się zdumiewający. Pryszczyca zginęła już po 8 dniach. Jedynie na owłosionej części głowy pozostał jeszcze jeden strup. Po upływie dalszych 8 dni dziecko było zupełnie wyleczone. Vigantol doprowadził do całkowitego ustąpienia objawów pryszczycy jeszcze u dwóch innych dzieci, u których choroba ta była szczególnie niepożądaną ze względu na konieczność dokonania operacji przepukliny. Rana pooperacyjna zagoiła się doskonale. W innym przypadku sprawa dotyczyła dziecka, które od 6-ego miesiąca życia cierpiało na rozległą pryszczycę, ciężką krzywicę i otępienie umysłowe dochodzące do idjotyzmu. Dziecko leczono starannie w ciągu 8 miesięcy bez żadnego jednak wyraźniejszego skutku. Dopiero od chwili zapoczątkowania leczenia Vigantolem pryszczyca szybko ustępuje, krzywica się cofa i nawet pod względem psychicznym stwierdza się znaczną poprawę. Dziecko, które mając 2 lata, nie było jednak w stanie utrzymać się na nogach, robi obecnie wrażenie dziecka bardzo ruchliwego. Również i w przypadku paronychji u pewnej starszej kobiety z zaburzeniami odżywczemi paznokci na wszystkich palcach, doprowadziło codzienne podawanie Vigantolu do wyleczenia sprawy, trwającej już od wielu miesięcy. U wyczerpanych ozdrowieńców i u chorych na gruźlicę, jak również i operacyjnie leczonych chorych na jednostronną gruźlicę płuc, podawanie Vigantolu przyczyniało się do poprawy łaknienia i wzrostu wydolności fizycznej i psychicznej. Wydaje się poza tem, że podawanie witaminy D w postaci Vigantolu chroni dzieci przed zapadnięciem na grypę.

Dr. Christ. Jacobsen, oddział chirurgiczny szpitala diakonis w Fryburgu (Bawarja).
(Dtsch. med. Wo. 1929, Nr. 18.).

O stosowaniu Myosalvarsanu u niemowląt.

Miejscowe działania uboczne Myosalvarsanu dają się uniknąć, jeżeli się go rozpuszcza w możliwie małej ilości wody (0,01 g w 0,1 cm^3). *Waldeyer* stosował z tego względu do rozpuszczenia 0,15 g Myosalvarsanu najwyżej $^1/_2$ cm^3 wody. Przy dawkowaniu należy się kierować naogół zasadą, że na kilo wagi podaje się 0,015 g Myosalvarsanu. Niemowlętom przy pierwszem wstrzyknięciu stosuje się niezależnie od tego obliczenia 0,03—0,05 g, dzieciom bardzo słabowitym lub przedwcześnie urodzonym 0,015 g. Autor stosował Myosalvarsan u 23 niemowląt i 4 małych dzieci i dokonał ogółem 332 wstrzykiwań. Oprócz swego doskonałego działania przeciwkiłowego Myosalvarsan okazywał zawsze również i pomyślny wpływ ogólnie wzmacniający. Po 6 — 7 wstrzyknięciach odczyn Wassermanna stawał się ujemny. Nawrót stwierdzono zaledwie u jednego dziecka. Z pośród 27 dzieci zmarło na kiłę troje = 11,2%, czyli mniej niż przeciętnie. Żadnych objawów działania ubocznego nie spostrzegano ani razu.

Dr. L. Waldeyer, Oddział skórny szpitala R. Virchowa w Berlinie.
(Derm. Ztschr. 1929, tom 56.).

O stosowaniu Omnadiny w dużych dawkach.

Zwiększanie wszystkich biologicznych sił obronnych ustroju nie jest wyłącznym przywilejem ciał białkowych. Duże zna-

czenie odgrywają przytem również i tłuszcze i lipoidy. Omnadina *Mucha* przedstawia zastosowanie w praktyce wyników tych badań doświadczalnych. Omnadina zwiększa fizjologiczne siły obronne ustroju, nie zaciemnia obrazu chorobowego odczynem gorączkowym, nie powoduje objawów anafilaktycznych i nadaje się do stosowania w każdym wieku i przy większości chorób zakaźnych.

Uważam, że jesteśmy w stanie polepszyć jeszcze bardziej nasze wyniki otrzymywane przy pomocy Omnadiny, zwłaszcza odnośnie do niebardzo ostro przebiegających przypadków, jeżeli będziemy podawać dawki wielokrotnie większe, niż zwykle stosowane w praktyce.

U kilku bardzo ciężko chorych na różę, któremi zaopiekowałem się dopiero w 5—6 dniu choroby, zastosowałem leczenie następujące: wstrzykiwałem codziennie Omnadinę domięśniowo w ilości 4 - 12 cm^3; dawka ogólna aż do chwili spadku ciepłoty dochodziła w poszczególnych przypadkach do 60 cm^3. Najlepsze wyniki spostrzegałem głównie przy róży, zwłaszcza u dwóch starszych pacjentów, u których rokowanie wydawało się bardzo wątpliwe. Domięśniowe wstrzykiwania tych wielkich dawek nie powodowały żadnych godnych uwagi bólów.

Dr. Hoch, specj. chorób wewn. Bertalan.

W sprawie zakażenia prątkiem Banga.

W ostatnich czasach mnożą się coraz bardziej opisy nowej jednostki chorobowej, tak zwanego zakażenia prątkiem Banga. Zarazek tej choroby znany był już oddawna w weterynarji jako powód gorączkowego zakaźnego ronienia u bydła. Poza tem uważano, że ten sam zarazek powoduje gorączkę maltańską. Wielu autorów wątpiło dotychczas w tożsamość zarazka wywołującego chorobę u ludzi i zwierząt, gdyż przeniesienie choroby ze zwierząt na ludzi uważano za niemożliwe. Badanie jednak gorączki maltańskiej w jej głównem ognisku wykazało, że wiele epidemij zależało od zakażenia przez zwierzęta. Również i w Niemczech spostrzegano ostatnio przypadki zakażenia prątkiem Banga, powstałe przeważnie na tle zarażenia się od chorych zwierząt.

Zakażenie prątkiem Banga w tej postaci, w jakiej je spostrzegano i opisano ostatnio w Niemczech, jest pod względem swych objawów klinicznych bardzo zbliżone do prawdziwej gorączki maltańskiej. Choroba rozpoczyna się stopniowo objawami lekkiego niedomagania i dreszczami, następnie podnosi się ciepłota. Gorączka utrzymuje się przez czas dłuższy i może dochodzić do 41°. Charakterystyczną jest przytem nieproporcjonalność wysokiej gorączki do małego wpływu jej na stan ogólny. W poszczególnych przypadkach stwierdza się również obrzęk narządów wewnętrznych, a zwłaszcza śledziony i wątroby. Wobec tego, że zarazek chorobotwórczy jest znany, usiłowano, oczywiście, leczyć cierpienie szczepionką z Bacillus abortus Bang lub melitensis. Wyniki jednak tego sposobu leczenia nie okazały się zadowalniające. O wiele większe postępy osiągnęła chemoterapja. Istotnym środkiem leczniczym okazała się tutaj Trypaflavina, wywierająca, jak wiadomo, tak pomyślny wpływ na przebieg wielu chorób. Jak wynika ze spostrzeżeń dokonanych w Lipsku nad chorymi zakażonymi prątkiem Banga, oprócz Trypaflaviny, którą wstrzykiwano 2 x 5 i 10 cm^3 1%-ego rozczynu, doskonałym środkiem, zwłaszcza na początku choroby, okazała się Omnadina. Również i preparaty salicylowe, jak Aspirina, wywierały bardzo pomyślne działanie objawowe. W przypadkach ciężkich najpewniejszym środkiem leczniczym ma być Neosalvarsan.

Prof. dr. Poppe,
dyrektor powiatowego weterynaryjnego urzędu zdrowia w Rostocku.
(M. M. W. 1929, Nr. 17.).

Nowy sposób barwienia prątków gruźliczych w plwocinie zapomocą Trypaflaviny.

Kamei zmodyfikował metodę *Ziehla* barwienia prątków gruźliczych przez zastosowanie następującego rozczynu Trypaflaviny:

Trypaflavini	0,1 — 0,2
Acid. sulfur.	25,0
Aqua dest.	75,0

lub

Trypaflavini	0,2
Acid. hydrochlor.	0,2
Spiritus	70,0
Aq. dest.	30,0

Barwienia dokonywa się w sposób następujący:

1. barwienie preparatu w ciągu 2 minut roztworem fuksyny karbolowej *Ziehla*, przy ostrożnem nagrzewaniu go;

2. odbarwienie i jednoczesne podwójne zabarwienie rozczynem Trypaflaviny 2—4 minut;

3. spłukanie wodą, wysuszenie.

Wykazanie obecności jaskrawo czerwonych prątków *Kocha* na żółtawem tle jest bardzo łatwe.

Dr. H. Kamei,
Uniwersytet cesarski w Kyoto.
(Chiryo oyobi Shoho 1929, Nr. 106.).

O wynikach leczenia dzieci krzywiczych Vigantolem.

Stu dzieciom, zwłaszcza przedwcześnie urodzonym, a następnie również i prawidłowo donoszonym, zdrowym młodym i starszym niemowlętom podawano zapobiegawczo w ciągu ciemnych miesięcy zimowych Vigantol. Wynik okazał się bardzo dobry. Odżywianie naświetlanemi środkami spożywczemi jest bezwątpienia dla stosowania w praktyce o wiele kłopotliwsze niż to proste leczenie Vigantolem. Stosowanie Vigantolu w przypadkach krzywicy doprowadza do wyleczenia w nadzwyczaj krótkim czasie. Nawet rozmiękczenie kości czaszki znacznego stopnia znika po 2—3 tygodniach. Również i czynności statyczne i nastrój dzieci oraz ich stan ogólny zbliżają się szybko do normy, pomimo pozostawienia dzieci w ich dawnem niepomyślnem środowisku. Jedno dziecko z Osteogenesis imperfecta udało się wyleczyć, drugie zmarło później na zapalenie płuc. Objawów działania ubocznego Vigantolu ani przypadków zupełnie nie reagujących na jego działanie nie spostrzegano. Leczenie Vigantolem okazuje nawet w najcięższych przypadkach takie same działanie lecznicze jak tran.

Dr. Steffy Feilendorf,
szpital imienia cesarza Franciszka Józefa w Wiedniu.
(W. m. W. 1929, Nr. 28.).

Przyczynki do stosowania Trypaflaviny.

Z obszernego zakresu wskazań do stosowania Trypaflaviny pragnąłbym tu przytoczyć w krótkości kilka historyj chorób, które zasługują, według mego zdania, na powszechną uwagę.

Przypadek pierwszy. Chory R. J., lat 24. Rozpoznanie: Panaritium subcutaneum, Lymphangitis et Lymphadenitis cubitalis et axillaris. Pod wpływem maści i opatrunków z płynu Burowa w ciągu 1 tygodnia zropienie ogniskowe tkanki podskórnej. Nacięcie ropnia i pomimo to dalsze postępowanie sprawy chorobowej wgłąb i wytworzenie się Panaritium ossale. Coraz większy obrzęk gruczołów pachowych. Jako ultimum refugium wstrzyknąłem dożylnie Trypaflavinę:

w pierwszym dniu	5 cm^3	$^1/_2$%
w drugim dniu	10 cm^3	2%
w trzecim dniu	10 cm^3	2%
w czwartym dniu	10 cm^3	2%

Na drugi dzień cofanie się zapalenia naczyń chłonnych i zmniejszenie się bólu. Większe ropienie. Na trzeci dzień: otwarcie ropnia. Czwartego dnia ropienie bardzo słabe, widać już zdrową ziarninę. — Po 4-ech dniach opatrunków z maści i balsamu peruwjańskiego — wyleczenie. Po 14 dniach wystąpienie nowej zanokcicy, po upływie dalszych 3 dni przy już istniejącem zapaleniu naczyń chłonnych i silnych bólach, wstrzyknięcie 10 cm^3 2%-owego roztworu Trypaflaviny. Po 3 wstrzyknięciach cofnięcie się zanokcicy i wyleczenie.

Przypadek drugi: Pani J. H., lat 46. Bursitis praepatellaris purulenta. Leczona przez 4 miesiące w szpitalu. Przebieg powikłany przez zakrzep żylny, zapalenie płuc i wysiękowe zapalenie opłucnej z mętnym płynem surowiczym. Gdy pacjentka zwróciła się do mnie, stwierdziłem: nawrót zapalenia płuc, suche i wysiękowe obustronne zapalenie opłucnej, przetoka na kolanie. — 3 dni obserwacji bez żadnego leczenia. Następnie codziennie przez 10 dni dożylne wstrzykiwanie 10 cm^3 2%-owej Trypaflaviny. Na drugi dzień zasklepienie się przetoki kolanowej, po 5

wstrzyknięciach wyleczenie. Istniejące jeszcze przed 3 dniami obfite wydzielanie ropnej plwociny i kłucie w dole lewego płuca w miejscu odpowiadającem suchemu zapaleniu opłucnej, zniknęło bez śladu; łaknienie bardzo dobre; po 14 dniach ustąpienie wysięku. — Po 3 tygodniach chora już może chodzić, a obecnie po upływie 3 miesięcy wykonywuje bez żadnych dolegliwości swe ciężkie obowiązki zawodowe, jako akuszerka.

Przypadek trzeci: H. K. Gospodarz wiejski. Pneumonia gripposa et Pleuritis sicca lobi inf. dextri. W okresie zdrowienia nawrót z cuchnącym i gnilnym nieżytem oskrzeli. Probuję leczenia Neosalvarsanem 0,15 i 0,3 g. Po pierwszem wstrzyknięciu zwiększone wykrztuszanie. Po drugiem wstrzyknięciu napad padaczkowy. Miejscowo poprawy nie stwierdza się. Następnie Trypaflavina codziennie 10 cm^3 2%-owego roztworu przez 9 dni. Już na drugi dzień spadek gorączki z 39,5° na 37,5°. Ilość plwociny, zabarwionej Trypaflaviną, zmniejsza się z dnia na dzień. Również i dolegliwości związane z zapaleniem opłucnej cofają się stopniowo. Po upływie 14 dni od chwili pierwszego wstrzyknięcia pacjent opuszcza ostatecznie łóżko. Nawrotów nie było. Obecnie po 4 miesiącach wypełnia bez żadnych dolegliwości swe obowiązki gospodarza wiejskiego.

Przypadek czwarty: róża twarzy; po 2 wstrzyknięciach ustąpienie obrzęku i zaczerwienienia i współistniejącego ciężkiego nieżytu spojówek. Ciepłota spada z 39,8° na 37,3°.

Dr. *Ernst Schröder.*
Liezen.

KONGRESY I ZJAZDY:

7—9 czerwca 1930 r. X. Zjazd Psychjatrów Polskich w Łodzi.

8—9 czerwca 1930 r. VII. Zjazd Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego w Łodzi.

5—10 maja 1930 r. Kongres higjeny psychicznej w Waszyngtonie.

19—21 maja 1930 r. II. Międzynarodowy Kongres w Algierze poświęcony sprawie zimnicy.

20 lipca 1930 r. I. Międzynarodowy Kongres mikrobiologji w Paryżu.

5—8 sierpnia 1930 r. Międzynarodowy Kongres dermatologji i syfilografji w Kopenhadze.

3—9 sierpnia 1930 r. II. Międzynarodowy Kongres dla badań seksualnych w Londynie.

27 marca, 9 kwietnia 1930 r. Kurs dokształcający dla lekarzy przy Wydziale Lekarskim Uniw. Warszawskiego. Zgłoszenia i zapytania informacyjne należy kierować pod adresem: Dr. Stanisław Hrom, asystent II Kliniki Chorób Wewn. U. W., Warszawa, Szpital Dzieciątka Jezus, Nowogrodzka 59.

ZMARLI:

Dr. med. Aleksander Rosner, prof. Uniw. Jagiellońskiego w Krakowie, jeden z najwybitniejszych ginekologów, zmarł dnia 6 stycznia b. r. w Krynicy.

Dr. med. Kazimierz Zieliński, naczelny lekarz szpitala Przemienienia Pańskiego na Pradze, prezes i członek wielu instytucyj lekarskich w Polsce, zmarł dnia 18 stycznia b. r. w Warszawie.

Dr. med. Aleksander Fruchtman, długoletni współpracownik „Kurjera Warszawskiego" w dziedzinie higjeny, redaktor „Higjeny Życia Codziennego", zmarł dnia 23 stycznia b. r.

Redaktor:
A. ENDE
mag. farm.

Wydawca:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
Warszawski, Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5. Skrzynka pocztowa Nr. 748.
Cena prenumeraty rocznie zł. 6, półrocznie zł. 3·
Odbito w drukarni Galewski i Dau, Warszawa, ul. Ordynacka Nr. 6



Protargol Granulat

wypełnia dawne życzenie licznych zwolenników niedoścignionego Protargolu, wypróbowanego od wielu lat w leczeniu rzeżączki.

W sprzedaży Protargol-granulat we flakonach po 30 i 75 g o zawartości $33\frac{1}{3}\%$ Protargolu.

»Bayer-Meister Lucius«

NAUKOWY WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY

I. G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT ⁂ LEVERKUSEN n. R.

Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:
Dom Agent. „R E M E D I A", Warszawa, Hipoteczna Nr. 5, — skrzynka pocztowa 748,
wysyła literaturę i próbki na żądanie WWPP. Lekarzy bezpłatnie.

TREŚĆ:

NOTATKI TERAPEUTYCZNE